



## **2º Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica

**Implementação da consulta de enfermagem para  
atendimento da mulher em tratamento de quimioterapia  
numa unidade de mama**

**SUSANA DA CONCEIÇÃO GONÇALVES PEDRO**

**2013**



## **2º Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica

**Implementação da consulta de enfermagem para  
atendimento da mulher em tratamento de quimioterapia  
numa unidade de mama**

**SUSANA DA CONCEIÇÃO GONÇALVES PEDRO**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO ORIENTADO POR.  
PROFESSORA DOUTORA MARIA ALEXANDRA PINTO SANTOS**

**2013**



## RESUMO

O cancro da mama é o mais frequente na mulher e pelas suas elevadas taxas de incidência, de mortalidade mas também de sobrevivência constitui uma preocupação de saúde em Portugal. As recomendações europeias indicam que estas mulheres devem ser atendidas por uma equipa multidisciplinar, numa unidade especializada, que tenha uma enfermeira especialista na área para fornecer aconselhamento, informação e apoio. A consulta de enfermagem deve ser o local desse atendimento, pelo que ao verificar que uma nova unidade da mama não tinha essa consulta implementada estabeleci como finalidade desenvolver competências na prestação de cuidados à mulher com cancro da mama em tratamento de quimioterapia, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação com a equipa multidisciplinar, através da implementação de uma consulta de enfermagem numa unidade de mama. Foi utilizada a metodologia de projeto, desenvolvida em três consultas de enfermagem de dois campos de estágio e três serviços, um hospital de dia e duas unidades da mama. A pesquisa bibliográfica sustentou a construção de uma Check-List para observação sistematizada da observação participante de 10 consultas. Conclui-se que as enfermeiras colocam questões exploratórias para identificar o que o doente sabe, mas não para conhecer as suas necessidades/preocupações. A implementação da consulta de enfermagem foi feita depois de reuniões de trabalho com a equipa de enfermagem, com a coordenadora da unidade da mama e com a equipa multidisciplinar no último campo de estágio, sendo apoiada por um Manual de Orientação criado para o efeito. Os resultados demonstraram que as 8 mulheres entrevistadas na consulta de enfermagem estão “muito satisfeitas” (nível 5) nos oito itens do questionário de satisfação com a consulta de enfermagem.

**Palavras-Chave:** Cancro da Mama, Necessidades das mulheres, Apoio, Informação, Autocuidado

## ABSTRACT

Breast cancer is the most common cancer in women and their high incidence, mortality and survival rates are a health concern in Portugal. European recommendations indicate that these women should be addressed by a multidisciplinary team, in a specialized unit, which has a specialist nurse in the area to provide advice, information and support. Nursing consultation should be the location of this service, so when I see that a new breast unit had not implemented this consultation I intended to develop skills in providing care to women with breast cancer undergoing chemotherapy, optimizing the response of nursing staff and link with the multidisciplinary team, through the implementation of a nursing consultation in a breast unit. Was used to project methodology, developed in three nursing consultation of two internship fields and three services, a day hospital and two breast units. The literature supported the construction of a Check-List for systematic participant observation of 10 consultations. We conclude that the nurses ask exploratory questions to identify what the patient knows, but not to meet their needs / concerns. The nursing consultation implementation was made after meetings with the nursing staff, with the coordinator of the breast unit and the multidisciplinary team in the last training field and is supported by a Guidance Manual created for the purpose. The results showed that the eight interviewed women are “very satisfied” (level 5) with all items of the questionnaire of satisfaction with nursing consultation.

**Keywords:** Breast Cancer, Women's Needs, Support, Information, Self Care

## INDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....</b>	<b>11</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
2.1 O cancro da mama: fatores de risco e tratamento.....	15
2.2 O impacto do cancro da mama nas necessidades da mulher e família .....	19
2.3 O atendimento da mulher em tratamento de quimioterapia na consulta de enfermagem da unidade de mama	24
2.3.1 A entrevista de enfermagem .....	25
2.3.2 A avaliação física .....	29
<b>3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO .....</b>	<b>31</b>
3.1 Implementação do projeto na consulta de enfermagem de um hospital de dia e de uma clínica de mama de um hospital central .....	31
3.2 Implementação do projeto na unidade de mama de um centro clínico privado .....	39
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>49</b>
<b>APÊNDICES</b>	
Apêndice I: Classificação TNM para o Cancro da Mama	
Apêndice II: Check-List de Observação da Consulta de Enfermagem	
Apêndice III: Manual de Orientação do Enfermeiro na Consulta de Enfermagem à Mulher em Tratamento de Quimioterapia.	
Apêndice IV: Questionário de Satisfação com a Consulta de Enfermagem	

## INTRODUÇÃO

Este relatório reflete o desenvolvimento de um projeto de estágio inserido no II Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica. O estágio foi desenvolvido ao longo de 18 semanas, que decorreram de 3 de Outubro de 2011 e 17 de Fevereiro de 2012, tendo sido igualmente repartido entre um hospital de dia e uma clínica de mama de um hospital público e a unidade da mama de um centro clínico privado, ambos vocacionados para o tratamento de doentes oncológicos. A finalidade deste projeto é desenvolver competências na prestação de cuidados à mulher com cancro da mama em tratamento de quimioterapia, e especificamente otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação com a equipa multidisciplinar, através da implementação de uma consulta de enfermagem numa unidade de mama.

Face ao tema em estudo considero que me encontro no patamar de proficiente pois segundo Benner (2001) a enfermeira proficiente demonstra capacidade para ver a importância da mudança numa situação, incluindo o reconhecimento e a implementação de respostas competentes à medida que a situação evolui, demonstra uma confiança crescente no seu conhecimento e nas suas capacidades, e é capaz de um grande envolvimento com o doente e família. Ao longo deste projecto pretendo atingir o patamar de perita, ou seja, pretendo ter um domínio intuitivo da situação de saúde da mulher com cancro da mama indo ao encontro das suas verdadeiras preocupações e necessidades (Benner, 2001).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010) o enfermeiro especialista deve adquirir competências comuns, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialidade e demonstrar elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados. Foram definidos como domínios de competências comuns dos enfermeiros especialistas a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade, concebendo, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, desenvolvendo o auto-conhecimento e a assertividade, baseando a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. A Ordem dos Enfermeiros (2010) adianta ainda que para cada área de intervenção existem competências específicas

decorrentes das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde que devem ser demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. Em Outubro de 2011 foram definidas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crónica e paliativa, assim, e tendo por base estas orientações, os objetivos curriculares da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) nesta área de intervenção e as recomendações da Sociedade Europeia de Enfermagem Oncológica (EONS, 2009) pretendo desenvolver competências na prestação de cuidados à mulher com cancro da mama em tratamento de quimioterapia, assumindo o meu papel dentro da equipa multidisciplinar, criando um ambiente terapêutico e seguro que respeite os direitos e otimize as respostas dadas a estas mulheres.

Defini como objetivos gerais: desenvolver competências na realização da consulta de enfermagem à mulher com cancro da mama em tratamento de quimioterapia e implementar a consulta de enfermagem para atendimento da mulher com cancro da mama em tratamento de quimioterapia. Segundo o Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (2007-2010) as doenças oncológicas são a segunda causa de morte em Portugal e têm um profundo impacto nos doentes, nos familiares e na sociedade em geral (Direcção Geral de Saúde [DGS], 2007). Em todo o mundo, no ano de 2008, ocorreram 12.7 milhões de novos casos de cancro e 7.6 milhões de óbitos atribuídos a esta doença, surgindo o cancro da mama como a neoplasia mais frequente na mulher e a sua segunda causa de morte (Globocan, 2008). Esta doença tem as maiores taxas de incidência na América do Norte, Austrália, Europa do Norte e Ocidental, região geográfica onde se insere Portugal (Globocan, 2008) e é a principal causa de morte nas mulheres europeias entre os 35 e os 59 anos (Perry et al, 2006). Dos 1.384 milhões de novos casos de cancro da mama que em 2008 foram mundialmente diagnosticados, o que corresponde a 10,8% da totalidade de novos casos de cancro, 5333 foram diagnosticados em Portugal (Globocan, 2008), o que representa um aumento de 181 novos casos em relação a 2006 em que tinham sido diagnosticados 5152 novos casos (Registo Oncológico Nacional [ROR], 2013). Esta doença, segundo o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, surge como a primeira causa de morte por cancro na mulher (DGS, 2004) apesar de na Europa nas últimas décadas se ter verificado uma diminuição na mortalidade dos doentes com cancro e um consequente aumento das taxas de sobrevivência (Perry et al, 2006). A taxa de sobrevivência nas mulheres com cancro da mama é das mais elevadas e continua a

aumentar (EONS, 2009), contudo o aumento da incidência leva a que no futuro um número cada vez maior de mulheres se veja confrontada com esta doença (Perry et al, 2006), estimando-se que 1 em cada 8 mulheres possa vir a ter cancro da mama ao longo da sua vida (ROR, 2013). Estes números representam uma preocupação de saúde a nível mundial e diversos países têm desenvolvido esforços no sentido de otimizar os cuidados prestados a estas mulheres, tendo-se verificado a necessidade de formar enfermeiros conhecedores da doença e dos cuidados que estas mulheres precisam.

As recomendações europeias indicam que as mulheres com cancro da mama devem ter acesso a cuidados prestados em unidades de mama especializadas (Europa DONNA, 2011; EONS, 2009) onde devem ser atendidas por uma equipa multidisciplinar e receber aconselhamento e apoio de uma enfermeira especialista em cancro da mama<sup>1</sup> (EONS, 2009). Foram definidos três domínios de intervenção: “ser conhecedora da condição física e psicossocial das pessoas com cancro da mama, em relação ao diagnóstico, tratamento, *follow-up* e através da trajectória de doença, para avaliar, encaminhar e intervir adequadamente; fornecer educação e informação às pessoas afectadas por cancro da mama e seus familiares e agir como parte integrante da equipa multidisciplinar assumindo um papel chave na coordenação dos cuidados” (EONS, 2009, p.10).

A Austrália foi pioneira na formação de enfermeiras especialistas no cuidado às mulheres com cancro da mama e em 2003 o *National Breast Cancer Centre* (NBCC) realizou um estudo aleatório com 300 mulheres recém-diagnosticadas com cancro da mama tendo verificado que a intervenção de enfermeiros especialista nesta área diminui o sofrimento e aumenta o número de mulheres identificadas com depressão (NBCC, 2003). Mais recentemente também a EONS (2009) faz referência a estudos aleatórios<sup>2</sup> que sugerem que a intervenção de enfermeiros especialistas no cuidado a estas mulheres proporciona benefícios a nível psicológico e melhora o bem-estar físico e social da mulher. Estas conclusões são importantes pois, independentemente das condições sociodemográficas, o diagnóstico de cancro da mama colocado a uma

---

<sup>1</sup> A Especialidade de “Breast Care Nurse” (que livremente se pode traduzir por Cuidados de Enfermagem em Senologia, especialidade não existente em Portugal) surge nos anos 20, sobretudo nos países do norte da Europa, Austrália e Estados Unidos e tem vindo a ser desenvolvida em muitos outros Países europeus com uma grande variabilidade de formações, papéis e mesmo definições (como Advance Nurse, Practitioner, Nurse Specialist, Specialist Breast Nurse, Breast Cancer Nurse com difícil tradução em português). Outras referências, como as usadas pelo Royal College of Nursing do Reino Unido, estabelecem outras nomenclaturas, igualmente sem correspondência em português: Breast Care Nurse – Curso de enfermagem / Enfermeira Competente; Specialist Breast Care Nurse – Pós-graduação / Enfermeira Experiente ou proficiente; Clinical Nurse Specialist in Breast Cancer – Mestrado / Enfermeira Perita; Nurse Consultant in Breast Care – Doutoramento / Enfermeira Consultora

<sup>2</sup> Wengstrom, Haggmark & Forsberg, 2001; McArdle et al, 1996; Strong et al, 2008.



mulher modifica radicalmente o seu estilo de vida, gerando sentimentos negativos que a podem levar a questionar o seu papel social, familiar e laboral sendo importante que os enfermeiros se assumam como educadores; planeando, implementando e avaliando as intervenções que promovam o desenvolvimento das mulheres com o objectivo de as ajudar a manter ações de autocuidado (Bravo, Vergara & Gabalán, 2009).

Este foi definido por Orem (1980) como a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Na ausência de saúde o autocuidado pode estar comprometido, surgindo défices, assim, a meta dos cuidados de enfermagem é ajudar o ser humano a manter o autocuidado e promover o seu bem-estar<sup>3</sup>. Cuidar destas mulheres exige que os enfermeiros tenham profundos conhecimentos das suas necessidades de saúde, que lhes permitam identificar os défices de autocuidado e instituir um plano de cuidados adequado. Isso só é possível ao estabelecer-se uma relação terapêutica assente numa comunicação efectiva, pois como refere Marth Bisly-Saget no prefácio da obra de Phaneuf (2002, p.IV),

“as enfermeiras compreenderam que para lá do ato técnico era indispensável levar aos pacientes um apoio e uma escuta. Infelizmente a carga de trabalho e a falta de reconhecimento por parte da instituição deste aspeto relacional do seu papel faz com que elas não lhes consagrem tempo senão depois de terem assegurado as outras actividades de cuidados”.

Ao longo da realização deste projeto foi necessário conhecer melhor a doença e seus tratamentos, as necessidades da mulher com cancro da mama nas várias fases do seu processo de doença, a realidade dos serviços em que está implementada a consulta de enfermagem, entendendo o seu funcionamento e os condicionantes à sua realização e construir a estrutura e organização de uma consulta de enfermagem, sustentando-a no referencial teórico de Orem e em aptidões comunicacionais.

Por limitações de tempo e pela vastidão dos temas a abordar para dar resposta às mulheres com cancro da mama ao longo da trajetória da doença, optei por iniciar este projeto com as mulheres em tratamento de quimioterapia. Apesar deste tratamento ser por vezes realizado antes da cirurgia, na maioria das vezes é realizado após o tratamento cirúrgico e neste período as maiores preocupações das mulheres são, de acordo com Stephens, Osowski, Fidale & Spagnoli (2008), o medo da recidiva, ansiedade relacionada com o futuro e com os tratamentos adjuvantes, sendo esta

---

<sup>3</sup> Segundo a autora bem-estar é a percepção individual da pessoa sobre as condições da sua existência, caracterizando-se por momentos de contentamento, prazer e autorrealização.

conclusão apoiadas pelos resultados de Landmark, Bohler, Loberg & Wahl (2008) que revelam que estas mulheres apresentam necessidades de informação sobre alterações físicas e efeitos secundários dos tratamentos e de uma “comunicação mais aberta” de forma a partilharem sentimentos com os profissionais de saúde e familiares (Tsuchiya & Horn, 2009).

Este relatório encontra-se estruturado em 4 capítulos: o primeiro que define o problema, a partir da exposição do contexto de onde emerge a dúvida e se justifica o seu interesse; o segundo, relativo ao enquadramento teórico que aborda os fatores de risco e o tratamento do cancro da mama bem como o seu impacto na mulher, aspetos que têm de ser considerados no atendimento da mulher na consulta de enfermagem de uma unidade de mama, estruturada por uma entrevista e observação física; o terceiro que descreve o percurso feito em três serviços dos dois campos de estágio relatando-se criticamente as atividades realizadas e os contributos que deram para o desenvolvimento das competências; e o quarto relativo às considerações finais.

Foi utilizada a norma da Associação Americana de Psicologia (APA) como orientadora das citações e referências bibliográficas utilizadas.

## 1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A preocupação com a satisfação dos doentes e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados em oncologia já me acompanha há uma década, desde que iniciei funções num hospital de dia de oncologia de um hospital central, onde tive a oportunidade de cuidar de pessoas com cancro, que recorriam ao serviço para fazerem tratamentos de quimioterapia ou de controlo sintomático. Estas pessoas proporcionaram-me grandes lições de vida e não há dúvida de que necessitam de ser escutados, informados e apoiados ao longo do seu processo de doença.

Mas o modo de sistematizar este acompanhamento nunca esteve estabelecido pelo que, ciente desta omissão, a equipa de enfermagem decidiu desenvolver um projecto de “Acolhimento ao Doente Oncológico e sua Família”. Este consistiu na construção de um Guia de Acolhimento que continha informações várias sobre os tratamentos e apoios disponibilizados e pela realização de uma entrevista de enfermagem prévia ao início dos tratamentos de quimioterapia, pois segundo Keller (2006) esta poderia aumentar os conhecimentos do doente sobre o tratamento e melhorar a sua capacidade para gerir os efeitos secundários e assumir comportamentos adequados. A entrevista não foi instituída por três ordens de razão: nem todos os elementos da equipa de enfermagem foram recetivos à realização da entrevista alegando falta de tempo ou dificuldades comunicacionais, alguns elementos da equipa médica não encaminhavam os doentes de primeira vez à entrevista de enfermagem e nem sempre havia um gabinete disponível para a sua realização. Muitas vezes senti que devido ao elevado número de quimioterapias a serem administradas e à falta de espaço para acolher, pelo menos, os doentes de primeira vez, restava pouco espaço para se investir nos aspetos relacionais essenciais ao cuidar de enfermagem. Não existia também um modelo de orientação da prática de enfermagem que permitisse uma avaliação sistemática da pessoa com cancro, condicionando à *posteriori* a identificação dos problemas daquela pessoa e o apoio disponibilizado pelo enfermeiro que se revelava com frequência circunscrito à informação sobre os efeitos dos citostáticos a administrar e respectivos cuidados a ter. Com dificuldade se respondia às necessidades e dúvidas daquela pessoa concreta e da sua situação de vida.

Quando fui convidada, no decorrer do actual curso de especialização, para integrar a equipa de enfermagem de um centro clínico privado especializado no

tratamento de doentes oncológicos, que determina para o desempenho da sua missão centrar a actividade clínica no doente, personalizando os cuidados, promovendo a qualidade de vida e prestando cuidados de excelência baseados em equipas multidisciplinares, considerei que poderia ter a oportunidade de desenvolver um projeto que visasse otimizar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes oncológicos.

Estando prevista a abertura da unidade de mama no centro clínico foi atribuída à equipa de enfermagem a responsabilidade de definir uma filosofia de cuidados que respeitasse a missão da instituição. Sabendo que estava preconizada a existência da consulta de enfermagem às mulheres que recorressem pela primeira vez ao centro clínico, com o objectivo de conhecer a mulher e família, avaliar os seus problemas de saúde e prestar cuidados de enfermagem dirigidos aos problemas identificados, propus-me para organizar e realizar a consulta de enfermagem para as mulheres com cancro da mama em tratamento de quimioterapia, visto que esta unidade iria funcionar em parceria com o hospital de dia.

Mas como se organiza e implementa uma consulta de enfermagem? Quais os documentos de suporte necessários para a realização da consulta?

Segundo a DGS (2001, par.1) a consulta de enfermagem é uma “intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de planos de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado”. Porém, vários autores têm revelado alguns dos problemas existentes nas consultas de enfermagem, tais como, os referidos por Rosa, Mercês, Marcelino & Radunz (2007), como a falta de registos adequados, a dificuldade na implementação do processo de enfermagem por ausência de um referencial teórico-filosófico, a que muitas vezes se associa a ausência de um manual de orientação da própria consulta, a realização da consulta de forma diversa e sem padronização científica entre os elementos da equipa de enfermagem, a dificuldade que alguns enfermeiros têm em interagirem com pessoas com cancro e a existência de um número reduzido de enfermeiros. Mas também Crozeta, Truppel, Meier & Danski (2009) referem a estrutura física inadequada; as políticas, normas e objetivos estabelecidos sem a participação do enfermeiro; a escassez dos recursos humanos à qual acresce o elevado número de doentes; o perfil do enfermeiro não direccionado para a consulta; a formação inadequada dos enfermeiros; a falta de apoio da equipa multiprofissional e a não referenciação do doente a outros profissionais pelos elementos da equipa de saúde.

Mas se alguns destes problemas não se prevêem existir na nova unidade de mama, como a desadequação das estruturas físicas, a escassez de recursos humanos ou o elevado número de doentes para serem consultados, outras das dificuldades referidas são pertinentes serem colocadas também a propósito deste novo serviço a prestar à população, nomeadamente as relacionadas com as questões: Como se deve atender a mulher com cancro da mama que vem à consulta de quimioterapia a fim de encontrar as resposta e o apoio que necessita para o seu autocuidado? Quais são, afinal, as suas necessidades e a dos seus familiares? Que referencial teórico-filosófico melhor se adequa aos cuidados de enfermagem a prestar à mulher com cancro da mama? Que informação deve ficar registada no processo clínico?

A consulta de enfermagem não pode deixar de contemplar, além do exame físico, uma entrevista sustentada, tanto num referencial teórico, como no conhecimento profundo das necessidades e problemas destas mulheres e da sua família e ainda em aptidões de comunicação que sustentem o diálogo e a relação, pois

“a primeira entrevista cria o clima da relação que se vai seguir (...) é necessário cuidar do primeiro contacto com a pessoa, de ocupar o tempo necessário para tomar conhecimento com ela e permitir-lhe sentir-se à vontade (...) conhecer as expetativas da pessoa em relação ao contexto de cuidados, precisar o seu pedido de ajuda, e compreender a dificuldade que ela vive e a forma como esta dificuldade a afecta” (Phaneuf, 2002, p.264).

Ou seja, através da entrevista, a enfermeira procura conhecer a pessoa, faz o diagnóstico de enfermagem que lhe permite a prescrição de ações “na sustentação da vida e da saúde, na recuperação da doença ou da lesão ou no enfrentamento dos seus efeitos” (Orem, 1980, p.41).

Este projeto será desenhado fundamentando-se na teoria de Dorothea Orem (1980) que considera que os requisitos de autocuidado podem ser requisitos universais, de desenvolvimento humano ou de desvio de saúde e contemplam aspetos físicos e psicossociais considerados essenciais para a obtenção do bem-estar. A meta dos cuidados de enfermagem é ajudar as pessoas a satisfazer as suas exigências terapêuticas de autocuidado, tendo como premissa a crença que o ser humano tem habilidades próprias para promover o cuidado de si mesmo, e que pode beneficiar com o cuidado de enfermagem quando apresenta défices de autocuidado ocasionados pela falta de saúde. Nos tratamentos realizados em regime de ambulatório, como é o caso das mulheres em tratamento com quimioterapia, é utilizado o sistema de enfermagem de Apoio-Educação, considerando que a doente pode e deve executar as suas ações

de autocuidado e que o enfermeiro utiliza diversos métodos de ajuda, tais como, orientar e apoiar o outro, fornecer um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal e ensinar o outro (Orem, 1980). A mulher com cancro da mama ao ser confrontada com novas exigências relacionadas com a fase da doença e com os tratamentos pode manifestar défices de autocuidado relacionados, por exemplo, com défices de informação ou dificuldades na gestão das emoções, surgindo o enfermeiro como o profissional capaz de a ajudar a encontrar as respostas aos desafios que a doença lhe impõe.

Sabe-se que após a cirurgia cerca de 1/3 das mulheres com cancro da mama referem ansiedade relacionada com os tratamentos (Stephens, Osowski, Fidale & Spagnoli (2008) e têm necessidade de apoio e de suporte a nível físico, psicológico, social, sexual e necessidade de informação relacionadas com a doença, a cirurgia, o prognóstico e os tratamentos que permanecem como não atendidas (Davis, Williams, Parle, Redman & Turner, 2004; Griesser, et al, 2011) e que lhe podem provocar sofrimento psicológico (Tsuchiva & Horn, 2009).

Este projeto é pertinente pelo elevado número de mulheres com cancro da mama em tratamento com quimioterapia e visa dar resposta às suas necessidades de saúde, promovendo o seu autocuidado e bem-estar. Representa, ainda, um desafio ao meu desenvolvimento pessoal e profissional, indo ao encontro do meu desejo de prestar cuidados de enfermagem de elevada qualidade e contribui ainda para dar visibilidade ao trabalho dos enfermeiros e para a qualidade dos cuidados de saúde prestados na unidade de mama do Centro Clínico.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo está dividido em 3 subcapítulos que abordam os fatores de risco e o tratamento do cancro da mama, o impacto do cancro da mama nas necessidades da mulher e família e o como deve ser feito o atendimento da mulher na consulta de enfermagem de uma unidade de mama.

### 2.1 O cancro da mama: fatores de risco e tratamento

Este capítulo pretende apresentar de forma sintética informação disponibilizada no Site da *American Cancer Society* (2011) sobre os fatores de risco e tratamento do cancro da mama. No cancro da mama a deteção precoce é fundamental visto que a sobrevivência está relacionada com o estadio da doença no momento do diagnóstico. Em mulheres a partir dos 20 anos o exame físico da mama deve ser feito por um profissional de saúde no mínimo de 3 em 3 anos e a partir dos 40 anos além deste deve ser realizada mamografia de rotina anualmente. No entanto, as recomendações europeias<sup>4</sup> indicam que as mulheres entre os 50 e os 69 anos devem realizar mamografia de 2 em 2 ou de 3 em 3 anos, com tendência a alargar esta recomendação a mulheres com menos de 50 e mais de 69 anos de idade (Perry et al, 2006).

Os fatores de risco associados ao aparecimento de cancro de mama são o consumo de álcool, menarca antes dos 12 anos, menopausa após os 55 anos, primeira gravidez após os 30 anos, não ter filhos, nunca ter amamentado, excesso de peso, um familiar em primeiro grau com cancro da mama, história pessoal de cancro do endométrio, ovário ou cólon, uso de terapia hormonal de substituição ou de contraceptivos orais. O risco encontra-se aumentado entre 2,1 a 4 vezes se existirem níveis endógenos elevados de estrogénio ou testosterona, elevada densidade óssea, elevada radiação no tórax, existirem dois familiares em primeiro grau com cancro da mama. A idade superior a 65 anos, a hiperplasia atípica da mama, o aumento da densidade mamária, a história pessoal de cancro da mama e a mutação BRCA1 e/ou BRCA2 (genes conhecidos como supressores de tumores) aumentam o risco em quatro vezes. A mutação germinativa destes genes está associada a metade dos cancros familiares sendo estes 5 a 10% do total de tumores malignos da mama (Sociedade Portuguesa de Senologia, 2008).

---

<sup>4</sup>

European Guidelines for the Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis



A taxa de sobrevivência das mulheres diagnosticadas com cancro da mama aos 5, 10 e 15 anos é de respetivamente 89%, 82% e 77% e os principais factores que influenciam a sobrevivência da mulher são o estadio da doença na altura do diagnóstico, a presença ou ausência de recetores hormonais (estrogénio e progesterona) e de recetores do fator de crescimento epidérmico humano (HER2).

As mulheres com tumores com recetores hormonais positivos estão associadas a melhor prognóstico, enquanto as que expressam recetores HER2+ (associado a doenças mais agressivas) passaram a ter mais opções de tratamento e melhor prognóstico a partir da descoberta dos anticorpos monoclonais. A sobrevivência é também influenciada pela idade, pois mulheres mais jovens têm habitualmente tumores mais agressivos e com menor resposta ao tratamento.

O estadiamento clínico consiste na avaliação da extensão da doença na mama, nas estruturas adjacentes, nos gânglios linfáticos e à distância. O sistema de classificação aceite universalmente e mais adoptado em Portugal é o TNM – Classificação de tumores malignos. Este sistema baseia-se na classificação de três componentes, a localização e extensão do tumor primitivo (T), a ausência ou presença de metástases nos gânglios linfáticos regionais (N), a ausência ou presença de metástases à distância (M). Através deste sistema o cancro da mama pode classificar-se em vários estadios (Apêndice I).

De acordo com o estadio na altura do diagnóstico, as taxas de sobrevivência aos cinco anos são de 93% para o estadio 0, 88% para o estadio I, 81% para o estadio IIA, 74% para o estadio IIB, 67% para o estadio IIIA, 41% para o estadio IIIB e de 15% para o estadio IV. As elevadas taxas de sobrevivência relacionam-se com o facto de mais de 90% dos cancros da mama serem diagnosticados em estadio precoce (estadio 0 ou I) ou doença local ou regional (estadio IIA até IIIB) (Sonmezer & Oktay, 2006). Na doença avançada os locais de metastização mais frequentes são os ossos, os pulmões, o fígado e o cérebro.

A cirurgia é o tratamento de eleição no cancro da mama sendo o primeiro tratamento a ser utilizado, a não ser que o tamanho do tumor (tumor com mais de 5 cm ou com extensão à parede ou pele da caixa torácica) o desaconselhe. O objetivo da cirurgia é a remoção do tumor e o correto estadiamento da doença. O tipo de cirurgia depende do tamanho da mama, do tamanho e localização do tumor, da histologia e da existência ou ausência de gânglios afectados. Enquanto na cirurgia conservadora é retirado o tecido tumoral e uma margem de tecido saudável na mastectomia é retirada



toda a mama. A mastectomia simples consiste na remoção da mama sem remoção dos gânglios linfáticos, a mastectomia radical inclui a remoção da mama, dos músculos da parede torácica e dos gânglios linfáticos, enquanto a mastectomia radical modificada se conserva o músculo grande peitoral. Sempre que é realizada uma mastectomia a mulher deve poder considerar a hipótese de fazer a reconstrução mamária, no mesmo tempo operatório ou noutro período de tempo. A cirurgia conservadora pode ser acompanhada da remoção dos gânglios linfáticos axilares e é habitualmente seguida de radioterapia. As mulheres submetidas a este tratamento têm a mesma sobrevivência a longo prazo que as mulheres submetidas a mastectomia, no entanto, apresentam maior risco de recorrência local. A biópsia do gânglio sentinela permite remover e realizar exame histológico dos gânglios selecionados, reduzindo a necessidade de efetuar esvaziamento ganglionar completo.

Quando o tumor tem mais de 5 cm ou apresenta extensão à parede ou pele da caixa torácica pode haver necessidade da mulher, antes de ser submetida a cirurgia, fazer tratamentos de quimioterapia. Esta consiste na utilização de drogas citotóxicas, que podem ser administradas por via oral ou endovenosa, com o objetivo de destruir as células malignas que têm como característica um crescimento rápido. Os protocolos de quimioterapia consistem, frequentemente, na associação de 2 ou 3 drogas citotóxicas permitindo um efeito sinérgico. Esta pode ser utilizada com intenção curativa, para obter remissão completa da doença; com intuito neoadjuvante, quando se pretende reduzir o tamanho dos tumores para possibilitar a cirurgia; com intuito adjuvante, quando é realizada após a cirurgia para diminuir a possibilidade de progressão da doença ou paliativa quando é utilizada para se obter controlo sintomático quando a doença progride. As drogas citotóxicas mais utilizadas para o tratamento do cancro da mama são a ciclofosfamida (agente alquilante) e drogas pertencentes às famílias das antraciclinas e dos taxanos.

Como estas drogas não destroem seletivamente as células tumorais surgem efeitos secundários, principalmente a nível das mucosas, das gónadas e das células hematológicas; por se tratar de tecidos com elevadas taxas de renovação. Alguns dos efeitos secundários mais comuns são a alopecia, as náuseas ou vômitos, a fadiga, a perda ou aumento do apetite, a mucosite e o aumento do risco de infeção. Além da cirurgia e da quimioterapia as opções de tratamento para o cancro da mama incluem ainda radioterapia, hormonoterapia e anticorpos monoclonais.

A radioterapia é utilizada para destruir as células neoplásicas que possam ter

permanecido na mama, parede torácica ou axila após cirurgia conservadora ou na mastectomia quando o tumor tinha mais de 5 cm ou existia invasão ganglionar e é administrada, habitualmente, durante 5 a 6 semanas. Esta, tal como a cirurgia, pode provocar linfedema.

O linfedema resulta da perturbação ou obstrução na circulação linfática causando edema. Este pode ocorrer logo após a cirurgia ou radioterapia ou meses ou anos depois. O reconhecimento precoce e instituição do tratamento são fundamentais para minimizar as complicações. Como prevenção as mulheres devem fazer exercícios ao braço e hidratar a pele durante toda a vida.

A hormonoterapia tem como objetivo diminuir os níveis de estrogénios, hormona produzida pelos ovários, ou bloquear a sua ação no crescimento das células tumorais em tumores com recetores hormonais. O tamoxifeno é uma droga que impede o estrogénio de se ligar às células tumorais e é utilizado em mulheres pré e pós-menopáusicas enquanto os inibidores da aromatase (letrozol, anastrozol e exemestano) são utilizados apenas em mulheres pós-menopáusicas pois a sua acção bloqueia as enzimas responsáveis pela produção de estrogénio mas não impedem a sua produção a nível dos ovários. Outras opções de tratamento são o fulvestrano e a goseralina, o primeiro reduz o número de recetores de estrogénio no tumor e utiliza-se apenas em mulheres pós-menopáusicas, enquanto o segundo é utilizado em mulheres pré-menopáusicas em substituição da ablação cirúrgica dos ovários. Os efeitos secundários mais frequentes da hormonoterapia são a fadiga, os afrontamentos, os suores nocturnos, a diminuição da lubrificação vaginal e as alterações de humor.

Os tumores da mama que expressam a proteína HER2, 15 a 30% da totalidade de tumores da mama, tendem a crescer rapidamente e a recidivar com maior frequência. O trastuzumab foi o primeiro anticorpo monoclonal a ser descoberto para tratamento do cancro da mama e é o mais utilizado na prática clínica. No cancro da mama diagnosticado em estadios precoces esta droga associada à quimioterapia reduz a incidência de recidiva em 52% e o risco de morte em 33% em comparação com a quimioterapia isolada.

A equipa de saúde tem o dever de informar a mulher com cancro da mama acerca das diferentes abordagens, riscos e benefícios de cada tratamento de modo a que as mulheres estejam implicadas no processo terapêutico e tenham a possibilidade de tomar decisões esclarecidas (National Breast Cancer Centre & National Cancer Control Initiative, 2003).

## 2.2 O impacto do cancro da mama nas necessidades da mulher e família

O cancro da mama, pela sua expressão a nível mundial, tem suscitado o interesse da comunidade científica e têm sido realizados inúmeros estudos que visam conhecer as necessidades das mulheres diagnosticadas com esta doença.

A palavra necessidade significa “aquilo que é absolutamente indispensável” ou “carência de algo” (Texto Editores, 2008). Maslow (1968) representou as necessidades humanas em forma de pirâmide afirmando que as necessidades de nível mais baixo devem ser satisfeitas antes das necessidades de nível mais elevado, aparecendo na base da pirâmide as necessidades fisiológicas, seguidas das necessidades de segurança, necessidades sociais, necessidades de autoestima e no topo da pirâmide encontram-se as necessidades de autorrealização.

Estas necessidades podem ser relacionadas com os sintomas da doença, sobretudo na doença avançada (Aranda et al, 2005) ou provocadas pelos tratamentos (Landmark, et al, 2008), sobre os quais é indispensável a mulher estar informada (Griesser et al, 2011). Embora o tratamento de eleição no cancro da mama seja a cirurgia este não é isento de riscos e complicações e as mulheres referem como principais problemas físicos após a cirurgia, a perda da mama, a diminuição na mobilidade no ombro e braço, a diminuição da sensibilidade no braço e dedos e o linfedema (Landmark et al, 2008). Estas alterações podem associar-se às decorrentes dos tratamentos de quimioterapia, como as náuseas, os vômitos, a alopecia, a fadiga, as alterações da pele e das mucosas, o risco aumentado de infeção, o aumento de peso (Landmark et al, 2008), as alterações do paladar, do trânsito intestinal, sexuais, as parestesias, entre outras (American Cancer Society, 2011). As mulheres pré-menopáusicas sofrem ainda um impacto negativo na sua sexualidade referindo o aparecimento de ciclos menstruais irregulares e dolorosos, secura vaginal, perda da libido (Thewes et al, 2004) ou o surgimento da menopausa precoce (Oxlad, Wade, Hallsworth & Koczwara, 2007). Estas mulheres podem ter de gerir problemas de fertilidade, o que representa uma das maiores preocupações das mulheres jovens sem filhos (Oxlad et al, 2007) pois não há garantias de que possam vir a conceber após os tratamentos para o cancro da mama. É provável que nos 6 meses seguintes ao término da quimioterapia a menstruação volte ou regularize-se, contudo o retomar da menstruação não significa que a fertilidade não esteja comprometida (Sonmezer & Oktay, 2006). Esta temática é particularmente importante visto que o cancro da mama é

responsável por um terço dos cânceros que afectam a mulher em idade fértil e os tratamentos adjuvantes de quimioterapia são frequentemente responsáveis pela falência prematura dos ovários (Sonmezer & Oktay, 2006) pois os agentes alquilantes como a ciclofosfamida são extremamente gonadotóxicos. No entanto, quanto mais jovem for a mulher menos propensão tem a perder a sua reserva total de folículos primordiais apesar de se prever que terá uma falência ovárica precoce. As mulheres que desejam engravidar após os tratamentos devem ser informadas que podem fazer estimulação ovárica ou recolha de óvulos antes de iniciarem os tratamentos (Sonmezer & Oktay, 2006).

Os sintomas físicos agravam-se com o progredir da doença, especialmente quando ocorre metastização, e estas mulheres referem outros sintomas físicos, tais como, o agravamento da fadiga (63%), a dor (30%) ou a insónia (26%) (Aranda et al, 2005). As necessidades físicas estão relacionadas com sintomas, que podem permanecer após o fim dos tratamentos (Power & Hegarty, 2010), provocando alterações da vida diária e incapacidade das mulheres para desenvolverem as atividades que faziam antes do diagnóstico (Aranda et al, 2005; Griesser et al, 2011).

Após terminarem os tratamentos os sintomas físicos mais referidos são o linfedema, a fadiga (Thewes et al, 2004; Oxlad et al, 2007) e a dor na mama e braço (Thewes et al, 2004). Embora os efeitos secundários dos tratamentos diminuam com o tempo, algumas mulheres experienciaram o contrário e manifestam dificuldade em encontrar equilíbrio entre a actividade e o repouso (Landmark et al, 2008). Para a maioria das mulheres os sintomas não são debilitantes e interferem pouco nas actividades de vida diária (Thewes et al, 2004) mas a fadiga foi descrita como dificultadora da vida diária desejando as mulheres voltar a ter a energia que tinham antes dos tratamentos (Oxlad et al, 2007). No estudo de Landmark et al (2008) as alterações cognitivas, como a perda da memória, representaram uma preocupação para todas as mulheres.

Devemos ter em consideração que as necessidades físicas se refletem no bem-estar psicológico e segundo o *Breast Cancer Centre* Australiano (NBCC, 2003) as mulheres com cancro da mama, independentemente da fase da doença, necessitam de apoio devido ao sofrimento psicológico<sup>5</sup>. O estudo de Stephens et al (2007) que

---

<sup>5</sup> *Distress* ou sofrimento psicológico foi definido como "uma experiência emocional desagradável que pode ser de natureza psicológica, social e/ou espiritual e que se estende ao longo de um contínuo, desde os sentimentos perfeitamente normais e compreensíveis de vulnerabilidade, tristeza e temor, até problemas mais graves como depressão, ansiedade, pânico, isolamento social e crise existencial" (*Comprehensive Cancer Network* Norte-Americano [NCCN], 1999, p.114).

procurava conhecer as preocupações e as necessidades de informação das mulheres com cancro da mama após a cirurgia revela que 90% referem medo ou ansiedade. Estes estão relacionados com a possibilidade do cancro metastizar (Aranda et al, 2005; Griesser et al, 2011), com a incerteza quanto ao futuro (Aranda et al, 2005; Griesser et al, 2011; Stephens et al, 2007)) e com sentirem-se mal ou deprimidas (Griesser et al, 2011). Este sofrimento psicológico permanece muitas vezes como não atendido (Griesser, 2011) e poucas mulheres e familiares utilizaram a ajuda de profissionais de saúde mental (Davis et al, 2004) o que pode significar as mulheres e famílias em sofrimento não foram identificadas ou não foram devidamente encaminhadas para especialistas.

Com a progressão da doença os problemas de saúde agravam-se e surge a preocupação em relação a incomodarem as pessoas próximas, o medo da deterioração física, mas também a necessidade de aprenderem a controlar a sua situação (Aranda et al, 2005), ou seja, de aprenderem estratégias adequadas de autocuidado que lhes permitam adaptarem-se às novas exigências.

O estudo de Gopal et al (2005) comparou as necessidades de informação das mulheres com cancro da mama no Reino Unido e na Malásia e encontrou seis categorias de informação coincidentes com as encontradas no estudo de Li et al (2010) sobre as mulheres Japonesas. As mulheres do Reino Unido e Japão necessitavam de informação, por ordem de importância atribuída, sobre a probabilidade de cura, a metastização da doença, as opções de tratamento, o risco familiar, os efeitos adversos do tratamento e a atração sexual, enquanto as mulheres na Malásia consideraram mais importante a informação sobre a atração sexual. A diferença de resultados encontrados em populações social e culturalmente distintas relembra-nos a necessidade de adequar as intervenções de enfermagem a cada mulher e aos seus determinantes sócio-culturais. Outros estudos especificam outra informação que estas mulheres necessitam como a relacionada, com o diagnóstico de cancro e a cirurgia (NBCC, 2003); com as alterações físicas decorrentes da cirurgia (Landmark et al, 2008); com os tratamentos adjuvantes (NBCC, 2003; Stephens et al, 2007); com os efeitos adversos do tratamento (Landmark et al, 2008); os sintomas físicos e sequelas resultantes do tratamento (NBCC, 2003; Oxlad et al, 2007) ou ainda com o prognóstico e o impacto da doença na família e nos relacionamentos (NBCC, 2003).

As mulheres mais jovens desejam, ainda, informação sobre novos tratamentos e investigação em curso, aderem melhor a terapias complementares, a alterações da

dieta alimentar e à prática de exercício físico (Thewes et al, 2004). Talvez por apresentarem maiores preocupações com a feminilidade e imagem corporal (Thewes et al, 2004), necessitam de maior apoio por parte da família e amigos (Erci & Karabulut, 2007) e recorrem mais a grupos de apoio (Thewes et al, 2004). As mulheres com filhos com menos de 20 anos, mesmo após o ajustamento à doença e tratamento, apresentam dificuldades na gestão da sua vida diária (Griesser et al, 2011) devido ao medo de morrerem e à preocupação com as suas famílias (Thewes et al, 2004).

A forma como a informação é transmitida é tão importante como o conteúdo transmitido pois as mulheres ao serem questionadas sobre a informação que desejam valorizaram também a importância de serem tratadas num local agradável, por profissionais empáticos e respeitosos, serem tratadas como uma pessoa e não como mais um caso e terem um membro da equipa com quem possam falar sobre todos os aspectos da doença, tratamento e vigilância de saúde (Aranda et al, 2005; Griesser et al, 2011).

A vivência da doença oncológica causa sofrimento, preocupações e perdas também à família (Coelho, 2009), que a Ordem dos Enfermeiros (2008) considera como uma unidade social composta por membros não só com laços de consanguinidade mas também com afinidade emocional, onde estão incluídas as pessoas que são importantes para a doente. Quando um diagnóstico de cancro surge na família esta tem que ajustar comportamentos, regras, responsabilidades e funções na estrutura familiar (Coelho, 2009) podendo mostrar-se incapaz de responder às necessidades de saúde e de segurança da familiar doente por não possuir conhecimentos nem apoio que lhe permita prestar a ajuda necessária (Pereira & Lopes, 2002). No estudo de Mesquita Melo, Magalhães, De Almeida, Carvalho & Mota (2007) em que se procurou conhecer o comportamento da família face ao diagnóstico de cancro da mama de um dos seus membros verificou-se que este provoca desequilíbrio na família devido aos medos relacionados com, a morte, os procedimentos terapêuticos e as mudanças que acarreta, exigindo que a família faça um esforço de ajustamento à situação. A inclusão da família no processo de tratamento leva-a a utilizar mecanismos eficazes de lidar com a doença, tais como, a procura de informação junto da equipa de saúde, a manutenção da calma, a união familiar e a utilização da fé (Mesquita Melo et al, 2007) favorecendo o ajustamento<sup>6</sup> da família (Pereira & Lopes, 2002).

---

<sup>6</sup> Ajustamento é a forma como a pessoa enfrenta os desafios que surgem em harmonia com os apoios sociais, sendo desejável que a pessoa foque a sua adaptação de forma positiva, evitando o isolamento social e o fatalismo e adoptando a expressão das suas emoções (Nunes, 2008).

O cancro da mama atinge frequentemente mulheres jovens e com filhos a cargo, to estudo de Pereira (2008) procurou conhecer o impacto da doença nos filhos e concluiu que eles, vivenciam dor e sofrimento com a doença materna. São muitas vezes colocados à parte do processo devido à proteção parental e à dificuldade dos pais em revelarem o diagnóstico e comunicarem de forma efetiva. A inexistência de uma comunicação aberta e eficaz entre pais e filhos, o pouco conhecimento que os filhos têm sobre a doença, a alteração da relação mãe-filho, com afastamento e diminuição da disponibilidade desta após o diagnóstico, leva a que os filhos não falem dos seus sentimentos, não sintam apoio materno e neguem a doença enquanto estratégia de *coping* para uma situação que não esperavam e para a qual não estão preparados (Pereira, 2008).

Em algumas famílias a doença oncológica aproxima os seus membros, noutras afasta-os, mas nenhuma família fica indiferente à experiência de cancro (Pereira & Lopes, 2002) A mulher com cancro da mama e a sua família vêem-se assim confrontadas com necessidades de saúde que condicionam o seu bem-estar e podem “não possuir conhecimento ou capacidade ou não estar psicologicamente preparada para executar ações de autocuidado” (Orem, 1980, p.75).



### 2.3 O atendimento da mulher em tratamento de quimioterapia na consulta de enfermagem da unidade de mama

Entende-se hoje que os cuidados biomédicos têm de ser complementados com cuidados psicossociais com o intuito de melhorar os resultados dos cuidados em saúde, incluindo a redução da morbilidade psicológica, o aumento do bem-estar e da satisfação das doentes com os cuidados prestados (NBCC, 2000).

A preocupação em melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes oncológicos tem levado, na última década, à definição de novos conceitos e estratégias de actuação. A Austrália, país com elevada incidência de cancro da mama, publicou no ano de 2000 directrizes<sup>7</sup> produzidas por uma equipa multidisciplinar e destinado a todos os profissionais de saúde que exercem atividade nesta área, com recomendações sobre o apoio e aconselhamento a dar a nível emocional, social, psicológico e prático, como as questões financeiras; a forma de garantir a continuidade de cuidados e o apoio na fase paliativa a fornecer às mulheres com cancro da mama (National Breast Cancer Centre, 2000). No ano seguinte, nos Estados Unidos da América, foi definido o conceito de cuidados centrados no paciente, como “cuidados que respeitem as preferências individuais, necessidades e valores dos pacientes e que garantam que os valores dos pacientes orientem todas as decisões clínicas” (IOM, 2001, p.3). A avaliação das necessidades das doentes “não é um fim em si mesmo mas sim um meio de garantir que a identificação das preocupações e problemas das pessoas estão em primeiro lugar de modo a que possam ser feitas tentativas de os resolver” (*National Cancer Action Team* Reino Unido, 2011, p.5). Os cuidados centrados nos pacientes devem ser baseados na comunicação e envolver os doentes e familiares na procura da melhor solução na gestão do tratamento (Lopes, 2011) o que implica que o profissional de saúde comunique com o paciente de modo a envolvê-lo e aos seus familiares no plano de cuidados, tornando-o participativo na tomada de decisão e fornecendo apoio ajustado às suas necessidades.

Em Portugal também foram definidos, pela Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas (2009), os requisitos para a prestação de cuidados em oncologia, em consonância com a filosofia de cuidados centrados nos doentes, dos quais destaco: garantir a qualidade do tratamento no contexto mais conveniente para o

---

<sup>7</sup> *Psychosocial Clinical Practice Guidelines: information, support and counselling for women with breast cancer*



doente; assegurar que todos os doentes oncológicos sejam avaliados por equipas multidisciplinares para cada uma das patologias; agilizar e facilitar o percurso do doente nas diversas fases do processo, assegurando a continuidade de cuidados e contemplar a prestação de cuidados psico-oncológicos como componente integrante da assistência aos doentes.

A *Change Foundation* no Ontário (2008) realizou um estudo com o intuito de compreender o que entendem os doentes por cuidados de saúde de qualidade, dos quais destaco os seguintes aspetos: o cuidado às necessidades na sua globalidade e não apenas a parte delas; ter alguém identificado como referência a quem recorrer e que o pode ajudar no sistema de saúde; receber informação e ter assegurado que esta está disponível para consulta; ter a garantia que a equipa de prestação de cuidados está em sintonia; que se respeite as capacidades cognitivas de cada indivíduo; a presença de empatia e compreensão pelas circunstâncias, medos, esperanças e pelo estado psicológico de cada pessoa e a disponibilidade de tempo para expressar as suas necessidades e ser efetivamente escutado.

É comum a todos os documentos anteriormente citados a preocupação em se prestarem cuidados de qualidade, centrados nos doentes e na procura da resposta às suas necessidades de saúde. Os conhecimentos e capacidades necessárias para que este modelo possa ser aplicado na prática clínica são aptidões de comunicação baseados na escuta ativa e empatia, responder às preocupações e emoções dos doentes, fornecer informação correta e clara e referenciar os doentes para os serviços de apoio adequados (NCAT, 2011).

### **2.3.1 A entrevista de enfermagem**

A comunicação é certamente uma pedra basilar onde assentam os cuidados de enfermagem às mulheres com cancro da mama e segundo Phaneuf (2002, p.24) esta “compreende uma troca verbal informativa, de conteúdo cognitivo, e uma contrapartida afectiva, revelada ou oculta pelo comportamento não-verbal”. Nesta afirmação a autora dá destaque não só aos aspetos informativos mas também emocionais da comunicação e à necessidade de congruência entre a linguagem verbal e não-verbal.

A entrevista é um meio de comunicar com o doente e família e “num contexto de cuidados, é antes de mais um encontro (...) entre dois seres humanos que colocados um perante o outro, devem tomar conhecimento, aceitar-se e respeitar-se a fim de

poderem criar entre eles uma convivência terapêutica” (Phaneuf, 2002, p.250), ou seja, através desta pode desenvolver-se uma relação terapêutica construída a partir do respeito pela individualidade da pessoa e do desejo de estabelecer uma ligação que permita aceder aos problemas e necessidades de saúde da pessoa, para que em parceria sejam encontradas as estratégias para ajudar a mulher a ultrapassar as suas dificuldades e promover o seu bem-estar.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003, p.4) a relação terapêutica

“carateriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades (...) deve ser estabelecida envolvendo as pessoas significativas (...) esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proativo na consecução do seu projeto de saúde”.

Contudo, na prática clínica em oncologia, o estabelecimento de uma relação terapêutica, a comunicação e o fornecimento de informação são reconhecidos como momentos de elevada dificuldade para os profissionais de saúde (Baile, 2012) podendo ainda ver-se agravados pela possibilidade de ter que se dar más notícias<sup>8</sup>.

Ensinar aptidões de comunicação aos profissionais de saúde tem sido a preocupação de muitos autores, tendo sido publicado por Buckman (2005) o Protocolo de SPIKES que foi construído como uma ferramenta, a utilizar na entrevista clínica, orientadora da comunicação com o doente. Este apresenta 6 etapas<sup>9</sup> para a divulgação de más notícias e pretende que se alcancem os principais objetivos da entrevista: obter informação, transmitir informação, proporcionar apoio e estabelecer uma parceria com o doente no desenvolvimento de um plano de cuidados.

Na preparação da entrevista deve ser proporcionado um ambiente calmo, que mantenha a privacidade e o enfermeiro deve questionar a mulher no sentido de saber se ela deseja estar acompanhada, pois a satisfação com os cuidados aumenta quando a doente pode estar acompanhada por um familiar ou amigo (NBCC & NCCI, 2003) e envolver a família no plano de cuidados e na partilha de informação promove um ajustamento desta a uma nova realidade (Mesquita Melo et al, 2007). Durante a entrevista deve-se estar atentos a aspetos da linguagem não-verbal, como a linguagem corporal, o contacto visual, o tom de voz, a postura corporal, pois esta deve demonstrar disponibilidade e interesse na pessoa que está a ser entrevistada e estar atento à

---

<sup>8</sup> Qualquer notícia que modifica drástica e negativamente a visão do paciente sobre o seu futuro (Buckman, 2005)

<sup>9</sup> Preparar a entrevista (S – *Setting up the interview*), avaliar a percepção, (P – *Perception*), convite ao doente (I – *Invitation*), dar conhecimento (K – *Knowledge*), abordar as emoções (E – *Emotions*) e estratégia e resumo (S – *Strategy*).

linguagem não-verbal da entrevistada também fornece informação sobre as emoções que a doente está a exprimir ou ocultar (Baile, 2012).

Na segunda e terceira etapa do protocolo de SPIKES o enfermeiro deve “perguntar, antes de contar” (Baile, 2012) ou seja deve usar perguntas abertas para compreender o que o doente já sabe e o que deseja saber. Esta fase é útil, também, para corrigir informação e conhecer as expectativas da doente, para que as preocupações e necessidades da doente possam nortear as intervenções de enfermagem. Na quarta etapa é fornecida à doente a informação que ela precisa, de forma clara, específica e individualizada, utilizando linguagem apropriada, adequada à idade, nível educacional e cultural da mulher, mostrando respeito e preocupação pela pessoa e evitando o uso de termos clínicos complexos.

A quinta etapa consiste em responder às emoções das doentes e representa o desafio mais difícil, para a maioria dos profissionais de saúde, que devem oferecer apoio emocional<sup>10</sup>. Este permite que estas mulheres, consigam “seguir em frente”, recuperem um sentido de normalidade (Thewes et al, 2004) sendo assim importante na percepção do regresso à “vida normal” (Tsuchiya & Horn, 2009) e é conseguido através da utilização de respostas empáticas, exploratórias e de validação (Baile, 2012).

A empatia é considerada indispensável no cuidado da mulher com cancro (Mayer et al, 2008) e representa a capacidade de reconhecer, partilhar as emoções e estado de espírito de outra pessoa e compreender o significado do seu comportamento. Segundo Lazure (1994, p.77) “para desenvolver a empatia, a enfermeira deve afastar-se das suas preocupações pessoais e dar provas de flexibilidade suficientes para pôr de lado o seu quadro de referência a fim de mergulhar no do doente” mantendo-se consciente que se trata do problema de outra pessoa e não do seu. A empatia implica a capacidade de escutar ativamente o outro, validando o que a pessoa disse ou fazendo perguntas para clarificar o que foi dito, demonstrando interesse e preocupação. Segundo Phaneuf (2002) a escuta activa é um método de condução da entrevista em que não existe uma relação de poder entre os intervenientes e a enfermeira, que através do questionamento e reformulação constante consegue compreender os factos e manifestar a sua compreensão pelas dificuldades e problemas da pessoa.

A equipa de saúde deve incentivar o doente a falar, surgindo a comunicação

---

<sup>10</sup> Consiste no fornecimento de segurança, tranquilidade, encorajamento e aceitação durante períodos de stress (Bulechek, Butcher & McCloskey, 2008).

como uma fonte de apoio que permite fornecer-lhe informação adequada e verdadeira sobre os cuidados a ter, oferecendo uma explicação sobre o seu estado de saúde, os procedimentos médicos e fomentando o envolvimento ativo do doente (Pereira & Lopes, 2002), sendo essencial envolver, também, a família para minimizar os sentimentos negativos provocados pela doença e contribuir para um melhor ajustamento de ambos (Mesquita Melo et al, 2007).

O enfermeiro deve encorajar a pessoa a falar sobre a doença e o impacto que esta tem na sua vida e na da sua família, utilizando perguntas abertas que promovam a expressão de preocupações, expectativas e emoções. Algumas preocupações podem ser resolvidas através do fornecimento de informação, outras podem-se resolver quando o doente se responsabiliza pelo passo seguinte, por exemplo, a mulher que se responsabiliza por falar com o companheiro sobre um assunto que a preocupa, outras preocupações podem ser resolvidas através do encaminhamento para serviços sociais ou serviços de psicologia e mesmo quando o problema não tem solução o facto do doente o ter expresso permite-lhe que lhe seja fornecido apoio emocional (NCAT, 2011). Assim, expressão de sentimentos é uma estratégia pertinente para reduzir os níveis elevados de angústia manifestados pela doente, promovendo e facilitando o seu ajustamento, tornando-a mais consciente das suas reações (Tupholme, 2008). A última etapa da entrevista consiste na definição do plano de cuidados construído em parceria com a doente e família, devendo fornecer-se informação sobre grupos de apoio, especialmente, às doentes com reduzido apoio social (Thewes et al, 2004; Chantler, Pobdilewicz-Schuller & Mortimer, 2005). Dar oportunidade a estas mulheres de falarem com pessoas que, apesar de terem passado pela experiência de cancro, vivem vidas saudáveis e preenchidas, ajuda-as a consolidar informação, a partilhar experiências e a procurar o optimismo relativo ao futuro (Oxlad et al, 2007). As doentes devem, ainda, ser encaminhadas para serviços especializados que possam dar resposta a necessidades específicas, tais como, serviços de fisioterapia, sociais, de aconselhamento sexual ou espiritual.

Este trabalho não pode ser desenvolvido de forma individual sendo desejável a criação de equipas multidisciplinares, com funcionamento interdisciplinar, que partilhem esta filosofia de cuidados visto que todos os membros da equipa de saúde podem desempenhar um papel no fortalecimento dos recursos da doente fornecendo informação, apoio emocional, promovendo um sentido de esperança e otimismo (NBCC & NCCI, 2003).

### 2.3.2 A avaliação física

A entrevista é fundamental no atendimento da mulher com cancro da mama na consulta de quimioterapia e deve também ser utilizada para obter informação sobre o estado físico da mulher através do exame físico e da monitorização de sinais e sintomas relacionados com a doença ou com o tratamento. Nas mulheres em tratamento com quimioterapia é fundamental avaliar os seus défices de informação e de autocuidado, os efeitos secundários provocados pelo tratamento mas também a avaliação de sintomas provocados por tratamentos anteriores ou pela progressão da doença. Destes destaco a fadiga, a dor e o linfedema.

A fadiga é o sintoma mais comum das mulheres tratadas com quimioterapia por cancro da mama, não diminui ao longo dos anos (Goendendorp et al, 2011) e o seu agravamento é previsível com a progressão da doença (Aranda et al, 2005). Está recomendado a utilização do exercício físico no combate a este sintoma e técnicas como a massagem e o relaxamento são consideradas como provavelmente eficazes, necessitando no entanto de mais estudos que o confirmem (Oncology Nursing Society [ONS], 2009).

A dor é uma das maiores preocupações das mulheres com cancro da mama avançado (Aranda et al, 2005) e, pela importância que tem na qualidade de vida e o impacto no bem-estar dos doentes, é atualmente considerada o 5º sinal vital. A sua intensidade deve ser avaliada utilizando um instrumento como a escala visual analógica (DGS, 2003). Além de ser corretamente caracterizada descrevendo a localização, o tipo de dor (somática, visceral ou neuropática), os fatores precipitantes e de alívio e a resposta às medidas de controlo instituídas, tendo o enfermeiro um papel essencial na sua correcta avaliação, registo e articulação com a equipa médica com vista ao seu controlo.

Aproximadamente 20% das mulheres desenvolvem linfedema após o tratamento para o cancro da mama, o risco de aparecimento mantêm-se até 20 anos após a cirurgia (EONS, 2009) e as mulheres referem necessidade de receberem informação sobre a sua prevenção e tratamento (Aranda et al, 2005). No seu tratamento está recomendado a drenagem linfática, utilização de mangas de compressão e o tratamento de infecções (ONS, 2009).

Apesar de se ter dado destaque à possibilidade de ocorrência destes três sintomas é da responsabilidade do enfermeiro estar desperto para o aparecimento de

outros sinais e sintomas e em parceria com a equipa multidisciplinar procurar o seu controlo.

A avaliação sistemática dos problemas de saúde e das necessidades das mulheres com cancro da mama ao longo do seu processo de doença, especialmente em momentos considerados críticos como o período de tratamentos (Howell et al, 2009), é essencial para que seja possível planear e implementar, em parceria com a doente e família e estreita colaboração multidisciplinar, um plano de cuidados que vise dar resposta às suas necessidades específicas, dificuldades e problemas, otimizando os cuidados de saúde prestados, o bem-estar da mulher e a sua satisfação com os cuidados.

### **3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO**

#### **3.1 Implementação do projeto na consulta de enfermagem de um hospital de dia e de uma clínica de mama de um hospital central**

A opção de concretizar a primeira fase deste projeto nesta instituição deveu-se ao facto desta ser uma referência no tratamento de doentes oncológicos. Ao pedir autorização para realizar estágio na consulta de enfermagem do hospital de dia estava convicta de que aí encontraria a população alvo deste projeto, contudo, logo no primeiro dia de estágio, confrontei-me com um enorme constrangimento ao verificar que as mulheres com cancro da mama, apesar de fazerem tratamentos de quimioterapia no hospital de dia, não são atendidas na consulta de enfermagem desse serviço, mas sim na clínica de mama, onde está centralizado o seu atendimento. Só foi possível ultrapassar este obstáculo graças à boa vontade e compreensão das enfermeiras chefes de ambos os serviços que permitiram e encorajaram a que o estágio fosse repartido pelos dois serviços. Esta oportunidade que me foi dada permitiu-me aliar a experiência, conhecimentos e prática de cuidados de serviços especializados quer no tratamento de mulheres com cancro da mama, quer na especificidade de cuidados prestados a doentes em tratamento com quimioterapia.

O estágio decorreu ao longo de 228 horas, das quais 96 foram passadas na clínica de mama, onde fui orientada pela enfermeira especialista, e as restantes passadas no hospital de dia, acompanhada por uma enfermeira graduada. A ambas dei conhecimento do meu projeto e que os objetivos específicos definidos eram: aprofundar o conhecimento sobre o cancro da mama tendo em conta a evolução da doença e os tratamentos; descrever as necessidades de saúde, os défices de autocuidado e as circunstâncias de vida da mulher com cancro da mama em tratamento de quimioterapia e identificar as estratégias de autocuidado que permitem à mulher com cancro da mama adaptar-se às exigências terapêuticas da fase de tratamento com quimioterapia.

Para dar resposta ao primeiro objetivo realizei uma pesquisa bibliográfica exaustiva, no sentido de o suportar na mais actual evidência científica, da qual resultou o enquadramento teórico e a capacidade crítica deste relatório. As conversas informais tidas com as enfermeiras orientadoras a propósito das necessidades que as mulheres apresentavam em consulta foram também importantes para a minha formação.



Para dar cumprimento ao segundo e terceiros objetivos participava diariamente nas consultas de enfermagem observando a prática dos enfermeiros e registando posteriormente em notas de campo a observação realizada, tendo elaborado e utilizado uma Check-List de Observação da Consulta de Enfermagem, analisei os processos clínicos e reflecti no apreendido.

Em conversa informal com os enfermeiros da equipa apercebi-me que as consultas de enfermagem do hospital de dia funcionam entre as 8 e as 20 horas, nos dias úteis, para os doentes adultos da instituição em tratamento de quimioterapia ambulatorio. A consulta de enfermagem é assegurada por quatro enfermeiras que, além da consulta de enfermagem e do atendimento telefónico de doentes e familiares, dão apoio às consultas médicas e fazem colheita de espécimes para análise, transfusões, pensos ou tratamentos não programados.

No gabinete onde são realizadas as consultas de enfermagem existem duas secretárias que se dividem por uma cortina, o que não promove o respeito pela privacidade da pessoa entrevistada consagrada na “Carta de Direitos e Deveres dos Doentes” quando afirma que “o doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico” (DGS, 2008, par.54). Este aspeto representa uma condicionante à realização da consulta que é, em parte, ultrapassada quando a enfermeira recebe consentimento do doente para a presença de outros doentes, familiares e enfermeiros no mesmo gabinete.

Ao verificar que não havia agendamento da consulta de enfermagem questionei o circuito utilizado e verifiquei que nem todos os doentes são referenciados para esta. Como a referenciação fica ao critério do médico, se este não se reconhecer a si ou ao enfermeiro como elementos de uma equipa multidisciplinar, em que cada profissional assume uma parte da prestação dos cuidados de saúde do doente, pode não o fazer, com implicações na equidade no acesso dos doentes a um serviço de apoio.

Este é um dos aspetos que diferencia a organização do hospital de dia da observada na clínica de mama. Neste serviço a consulta de enfermagem funciona entre as 8 às 17 horas, nos dias úteis, e é assegurada por 5 enfermeiras que, de acordo com o regulamento interno do serviço, devem ter experiência profissional na área da cirurgia. Os circuitos das doentes estão claramente definidos e após confirmação do diagnóstico de cancro da mama é agendada uma consulta de grupo (consulta de decisão cirúrgica), sem a presença da doente, em que a equipa de cirurgiões de mama define a indicação e o procedimento cirúrgico a propor à doente. Está estabelecido que



após a consulta de grupo a doente tem consulta de enfermagem para ser esclarecida sobre o procedimento e ser-lhe prestado apoio. No período pós-operatório a doente desloca-se à clínica de mama para consulta de cirurgia, realização de pensos ou aspiração de seromas. É realizada uma segunda consulta de grupo (consulta de decisão terapêutica) onde é decidido o plano de tratamento a instituir. Nesta consulta, também realizada sem a presença da doente, estão reunidos profissionais das diferentes especialidades médicas: cirurgia, oncologia e radioterapia, e no final da mesma a doente é informada pelo oncologista da proposta de tratamento e discutido o plano terapêutico. Após esta consulta a doente tem consulta de enfermagem com o objectivo de lhe ser explicado o plano terapêutico. Ao contrário da prática do hospital de dia, todas as doentes que estão agendadas para consulta de grupo têm posteriormente consulta de enfermagem, esta está agendada informaticamente e tem atribuído um período de tempo de 30 minutos.

A criação de unidades ou clínicas multidisciplinares representa um avanço significativo nos cuidados a prestar aos doentes com cancro da mama, pois é esperada a colaboração e entreajuda de todos os profissionais, visto que uma equipa multidisciplinar é um grupo de diferentes especialistas com objectivos comuns que trabalham em parceria. Os requisitos europeus para uma unidade especializada em mama foram definidos em 1998 na primeira Conferência Europeia de Cancro da Mama em Florença e publicados em 2000 pela EUSOMA (*European Society of Mastology*). Estes defendem a introdução do trabalho multidisciplinar, a discussão de pelo menos 90% dos casos em reunião de grupo, onde devem estar profissionais de todas as especialidades, incluindo a enfermagem.

Um constrangimento existente nos dois serviços relaciona-se com o facto de não estarem previstas consultas de *follow-up*, ou seja, após os doentes iniciarem tratamentos não voltam a ser agendadas consultas de enfermagem para dar continuidade aos cuidados e avaliar as intervenções de enfermagem instituídas. Contudo as *guidelines* internacionais recomendam a avaliação sistemática dos doentes oncológicos em períodos chave como a fase de tratamentos (Howell et al, 2009) e é sabido que estes necessitam de manter pontos de referência que lhes permita sentirem-se cuidados como um todo (Martins, 2004). Como forma de colmatar esta situação as enfermeiras disponibilizam-se para atenderem o doente ou familiares, no futuro, para esclarecer dúvidas ou responder a necessidades e são sempre disponibilizados os contactos telefónicos.

A minha observação em consulta de enfermagem foi evoluindo ao longo do tempo. Durante as primeiras semanas de estágio optei por assumir o papel de observadora das consultas de forma a me inteirar da estrutura das entrevistas. Posteriormente, passei a intervir nas mesmas, sem contudo ser responsável pela sua condução. Realizei sempre notas de campo com o objectivo de não perder informação importante, no entanto, ao relê-las verifiquei que nem sempre registava os mesmos itens. Decidi elaborar uma “*Check-List* de Observação da Consulta de Enfermagem” (Apêndice II) de forma a realizar registos mais objectivos, sistematizando a informação recolhida e facilitando o tratamento dos dados. Esta só foi utilizada nas duas últimas semanas de estágio e foi organizada em sete campos. O 1º com indicadores sobre a própria consulta: local, duração, tipo (1ª vez/*follow-up*) e o motivo da consulta; o 2º com indicadores sobre a pessoa consultada: dados sociodemográficos, pessoa de referência, antecedentes pessoais, história da doença actual e tratamentos realizados; o 3º refere-se à condução da entrevista: se foram utilizadas perguntas abertas, com o objetivo de explorar, a informação que o doente tem sobre a sua situação de doença e sobre o tratamento (A1), as preocupações e necessidades do doente (A2); o 4º relaciona-se com a identificação de necessidades de apoio no autocuidado a nível físico (A), psicossocial (B), espiritual (C), as intervenções de enfermagem realizadas (D) e as preocupações expressas pelo doente (E); o 5º sobre a informação fornecida pelo enfermeiro acerca, da quimioterapia (5.1) e efeitos secundários (g1 a g11), alterações ao autocuidado (5.2), circuitos na instituição (5.3) e fornecimento de informação escrita (5.4); o 6º sobre o sistema de enfermagem utilizado e o último (7) sobre a referenciação para outros profissionais.

No 2º, 3º, 4º, 5º e 7º campo foi criada uma segunda coluna, para ser preenchida após uma análise secundária ao processo clínico, realizada depois de terminar a consulta, com o objetivo de anotar se os dados colhidos foram registados.

Foram registadas na *Check-List* de Observação cinco consultas em cada um dos locais de estágio. Todas as consultas foram de 1ª vez e tinham como motivo o ensino sobre quimioterapia. A duração das consultas oscilou entre os 15 e os 47 minutos no hospital de dia, com média de 22 minutos, e entre 20 e 37 minutos na clínica de mama, com média de 29 minutos. O doente fez-se acompanhar por um familiar ou amigo em 9 das consultas realizadas, o que permitiu o seu envolvimento no plano terapêutico.

A média de idades das mulheres consultadas na clínica de mama (49 anos) é inferior à dos doentes (duas mulheres com cancro do útero, uma com cancro do cólon

e dois homens com cancro do cólon) consultados em hospital de dia (64 anos), o que já era esperado visto que um quarto das mulheres com cancro da mama é diagnosticado antes dos 50 anos de idade (Aebi, Davidson, Gruber, Cardoso, 2011).

. Em todas as consultas foram colhidos dados sociodemográfico (foi registado na Check-List como tendo sido colhidos dados se foi obtida informação sobre, pelo menos, 3 dos seguintes itens: sexo, estado civil, profissão, área de residência, formação académica), foi identificada a pessoa de referência, obtiveram-se dados sobre a história da doença e os tratamentos realizados e foram registados os dados colhidos no processo clínico. Em todas as consultas a enfermeira colocou questões exploratórias para identificar o que o doente sabia sobre a sua doença ou tratamento proposto (3A1) antes de ser fornecida qualquer informação. Em nenhuma consulta a enfermeira fez questões exploratórias para se identificar as preocupações e necessidades do doente (3A2). Contudo sempre que um doente expressou um problema ou emoção (4E) existiu o cuidado por parte da enfermeira de mostrar empatia e disponibilidade para ajudar. Enquanto observadora participante da consulta foi-me permitido intervir e incentivar a expressão de problemas e emoções. A utilização de perguntas abertas mostrou-se uma estratégia eficaz na avaliação das necessidades (4D) e em alguns casos permitiu criar um clima de empatia em que o doente e/ou os familiares expressaram as suas preocupações e emoções (4E) tendo sido possível fornecer-lhes apoio e melhor adequar as intervenções de enfermagem às suas necessidades.

Na consulta de enfermagem do hospital de dia, os doentes expressaram preocupações relativas ao medo do tratamento (3), à sobrecarga para os familiares (1), preocupação relativamente à actividade profissional e diminuição do rendimento familiar (1) e o medo de não ficar curado (1). As preocupações expressas pelas mulheres na clínica de mama foram o medo do tratamento (3), o medo de não ficar curada (2) e a auto-imagem (2). Dos resultados encontrados destaca-se a existência de medo por parte dos doentes, quer seja em relação ao tratamento ou à possibilidade de não se curarem, o que está de acordo com Stephens et al (2007) que afirma que este é sentido por 90% das mulheres com cancro da mama e que pode estar relacionados com a possibilidade do cancro metastizar (Aranda et al, 2005; Griesser et al, 2011) e com a incerteza quanto ao futuro (Aranda et al, 2005; Griesser et al, 2011; Stephens et al, 2007). Pelo diminuto número de consultas registadas estes valores não tem significado estatístico, mas apontam os problemas mais frequentes e mostram a necessidade de centrar a consulta nas necessidades dos doentes de forma a dar

resposta às suas preocupações (*National Cancer Action Team*, 2011). Todas as necessidades de apoio identificadas (4D) foram ao nível psicossocial (4B): necessidade de informação sobre, a quimioterapia ou autocuidado, e necessidade de apoio emocional.

A informação fornecida, pelo enfermeiro, sobre quimioterapia foi idêntica nos dois serviços relativamente aos itens: o que é a quimioterapia, modo e frequência de administração. No entanto, na consulta do hospital de dia foi mais vezes referido o objetivo da quimioterapia, o tempo da administração e os pré-requisitos para iniciar um ciclo de quimioterapia (valores analíticos, ausência de infecção ou de toxicidades importantes), respectivamente mais 80%, 60% e 80% do que na clínica de mama. Esta diferença pode ser explicada pelo facto de na unidade de mama apenas uma enfermeira ter experiência profissional na área da quimioterapia.

Relativamente à informação fornecida pelas enfermeiras sobre os efeitos secundários esperados, foi abordada em todas as consultas, nos dois serviços, a possibilidade de ocorrência de alopecia, de náuseas e de vômitos, visto tratar-se de uma das maiores preocupações dos doentes antes de iniciarem quimioterapia (*American Cancer Society*, 2011). A fadiga, apesar de ser comum à maioria dos doentes oncológicos a realizarem quimioterapia (*American Cancer Society*, 2011) foi mais referida na clínica de mama (80%) do que no hospital de dia (40%), verificando-se o contrário com os ensinamentos sobre mucosite, alteração do paladar, alterações do trânsito intestinal, alteração do apetite, xerostomia, alterações hematológicas e risco de infeção.

Alertar os doentes para o risco de infeção e sua deteção precoce é fundamental nos doentes submetidos a quimioterapia devido ao risco de neutropenia febril<sup>11</sup>, pois esta é uma das complicações mais comuns do uso de quimioterapia e o risco de morte é superior nos doentes com esta complicação em relação aos que não a apresentam e é considerada uma urgência em oncologia (*ESMO*, 2012). Esclarecer e fornecer informação aos doentes e familiares implica que o profissional seja profundo conhecedor do tema a abordar e que se mantenha constantemente actualizado, procurando estar a par das novas descobertas e evidência encontrada, avaliando e respondendo aos défices de autocuidado, prevenindo riscos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar dos doentes (Orem, 1980).

---

<sup>11</sup> Temperatura axilar superior a 38.5°C durante mais de 1 hora ou 2 leituras superiores a 38°C no período de 2 horas associado a uma contagem de neutrófilos inferior a  $0.5 \times 10^9$  /L. *European Society for Medical Oncology* (*ESMO*), 2012.

As intervenções de enfermagem, que procuraram a adaptação dos doentes, consistiram no fornecimento de informação (5), sobre o plano terapêutico e os efeitos secundários da quimioterapia (5.1); o aconselhamento sobre as estratégias de autocuidado (5.2) que poderiam ser utilizadas para responder às exigências terapêuticas do tratamento e o fornecimento de apoio emocional (4D). O sistema de enfermagem (6) proposto por Orem que esteve presentes em todas as consultas foi o sistema de Apoio-Educação, pois os doentes necessitavam de orientação da enfermeira para manterem o seu autocuidado.

Em 80% das consultas foram prestados esclarecimentos sobre aspectos práticos (5.3), como localização, horários de funcionamento de serviços de apoio como o laboratório e farmácia. No hospital de dia as enfermeiras convidaram o doente a conhecer o serviço, incluindo as salas onde este irá fazer quimioterapia, tendo ficado com a ideia de que este procedimento agrada e tem um efeito tranquilizador nas pessoas.

Apesar de ser fornecida uma elevada quantidade de informação sobre os tratamentos de quimioterapia, os efeitos secundários esperados e as implicações destes no autocuidado do doente nenhum dos serviços tem panfletos sobre os tratamentos e efeitos secundários que permita ao doente consultar e esclarecer dúvidas que lhe possam surgir posteriormente.

Referenciar os doentes para serviços especializados só aconteceu uma vez na consulta do hospital de dia e nenhuma na consulta da clínica de mama. Segundo a “Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes” estes “têm o direito de ser informados acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados (DGS, 2008, par.54), Como as enfermeiras têm pouca autonomia para referenciar os doentes ao serviço de psicologia este encaminhamento é feito pelo médico assistente. Nenhum doente foi informado da possibilidade de usufruir de apoio por parte do dietista, ou de grupos de apoio e apenas um doente, no hospital de dia, foi referenciado para o assistente social. Todos os doentes oncológicos devem ter conhecimento dos seus direitos e benefícios a nível das taxas moderadoras, comparticipação de medicamentos ou de próteses, despesas de deslocação entre outros, contudo muitos enfermeiros não dão a conhecer o documento “Direitos Gerais do Doente Oncológico” (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2011) e apenas os doentes encaminhados para o serviço social são informados sobre a protecção legal a que estão sujeitos.

As necessidades de apoio identificadas, as preocupações expressas pelos doentes e as intervenções de enfermagem, não foram registados pelo enfermeiro no processo clínico, à excepção de um registo sumário do género “foi feito ensino sobre quimioterapia”. As equipas de enfermagem na prática clínica atendem diariamente um elevado número de doentes dando prioridade aos cuidados junto do doente em detrimento dos registos que nem sempre são completos. Contudo está prevista no Código Deontológico do Enfermeiro (2009, p.4) a responsabilidade de “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas”.

Foi adotada uma conduta responsável e ética, respeitando os direitos e interesses dos doentes (Decreto-Lei nº 161/1996). Em todas as consultas realizadas fui apresentada aos doentes como aluna da Especialidade em Enfermagem, pedi autorização para assistir à consulta e expliquei quais eram os meus objectivos e garanti o anonimato da pessoa na divulgação dos resultados, de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro).

Durante esta fase do projeto senti a necessidade de construir uma ferramenta de suporte à consulta de enfermagem, a implementar na fase seguinte, tendo iniciado o “Manual de Orientação do Enfermeiro na Consulta de Enfermagem à Mulher com Cancro da Mama em Tratamento de Quimioterapia” ao qual farei referência no capítulo seguinte.

Considero que as actividades realizadas permitiram-me atingir os objectivos propostos e estiveram de acordo com as competências requeridas pela EONS (2005, p.18 e 19) de “avaliar as necessidades de mudança para manter informados os pacientes e família (...) permitir aos pacientes com cancro e seus cuidadores expressarem as suas dúvidas e preocupações”, baseando a minha prática clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

### **3.2 Implementação do projeto na unidade de mama de um centro clínico privado**

A segunda fase do projecto decorreu na unidade de mama de um Centro Clínico privado de 3 de Janeiro a 17 de Fevereiro de 2011, com 244 horas de tempo atribuído, onde aliei o desafio académico ao profissional. Para este campo de estágio tinha como objetivos específicos: dar resposta às necessidades de saúde da mulher com cancro da mama em tratamento de quimioterapia, em consulta de enfermagem, trabalhando em estreita colaboração com a equipa multidisciplinar; e avaliar a satisfação da mulher com o atendimento na consulta de enfermagem.

O Centro Clínico é uma instituição direcionada para a investigação e tratamento de doentes oncológicos que a ele recorrem em regime privado ou ao abrigo de acordos com entidades estatais ou seguradoras. Desde a sua abertura que o Centro Clínico tem em funcionamento a unidade de mama com uma equipa constituída por uma médica oncologista, coordenadora da unidade, uma médica de radioterapia e três enfermeiras que davam apoio também às restantes valências. A tempo parcial na instituição estava um cirurgião especializado em cirurgia de mama, dois cirurgiões plásticos, uma médica anatomopatologista, uma médica radiologista e uma psicóloga. Posteriormente entraram em funcionamento outras unidades de tratamento. O Centro Clínico funciona em regime de ambulatório, entre as 8 e as 20 horas nos dias úteis, e como não possui internamento e o hospital de dia só iniciou funções em Maio de 2012 (já tinha terminado o estágio) as doentes propostas para cirurgia ou para tratamento de quimioterapia realizaram estes procedimentos num Hospital Particular, ao abrigo de uma parceria. A direcção clínica do Centro implementou uma “Consulta de Apoio de Enfermagem” ao doente que recorre pela primeira vez a uma consulta médica na instituição. Os seus objetivos e desenvolvimento encontram-se descritos no “Manual de Orientação do Enfermeiro na Consulta de Enfermagem à Mulher com Cancro da Mama em Tratamento de Quimioterapia” (Apêndice III).

Visto a equipa de enfermagem ser constituída por 3 elementos, um deles com funções de coordenação, a orientadora do estágio foi uma colega com 15 anos de experiência em hospital de dia (num hospital central) e mestre em cuidados paliativos.

Para dar cumprimento ao primeiro objetivo foi necessário organizar a consulta de enfermagem, pelo que a primeira atividade consistiu numa reunião com elementos da equipa de enfermagem para apresentação do projeto, decisão da organização a dar à consulta de enfermagem e discussão do então documento de trabalho sobre o “Manual



de Orientação do Enfermeiro na Consulta de Enfermagem à Mulher com Cancro da Mama em Tratamento de Quimioterapia”. Estas atividades decorreram ainda na fase anterior do estágio, para não comprometer a execução da segunda etapa. Apresentei o projecto, partilhei vivências com os restantes elementos da equipa de enfermagem, reflectimos sobre procedimentos, atitudes e maneiras de estar na Enfermagem, retirando contributos para que o nosso desempenho em equipa pudesse ser optimizado. Furneci-lhes cópias, da primeira versão, do “Manual de Orientação do Enfermeiro na Consulta de Enfermagem à Mulher com Cancro da Mama em Tratamento de Quimioterapia” para que tivessem a oportunidade de o analisarem.

Depois das decisões tomadas, reunimos com a coordenadora da unidade de mama para apresentar formalmente o projecto e reunir as condições necessárias para a sua implementação: decidir sobre os objetivos da consulta, estabelecer os circuitos de referenciação, a calendarização das consultas, o tempo e espaço atribuídos e acordou-se que seria a enfermeira responsável pela unidade de mama.

Na posse destes dados reestruturei o Manual de Orientação da Consulta. Este documento é um guia orientador do enfermeiro na consulta de enfermagem, construído na articulação da teoria do défice de autocuidado (Orem, 1980), a obra “Comunicação, Entrevista e Relação de Ajuda” (Phaneuf, 2002) e o Protocolo de Buckman (2005). Está estruturado em 2 capítulos: no primeiro aborda-se as recomendações europeias no atendimento da mulher com cancro numa unidade de mama e o segundo, referente à consulta de enfermagem, estabelece os objetivos da consulta, a população alvo, o agendamento e apresenta as etapas de desenvolvimento da entrevista de enfermagem organizadas de acordo com o protocolo SPIKES. Tem ainda três apêndices: uma tabela dos esquemas de quimioterapia mais utilizados e dos efeitos secundários esperados; um memorando dos esclarecimentos, a prestar à mulher e família, sobre quimioterapia; e considerações sobre os fármacos utilizados.

O projeto foi apresentado oficialmente em reunião de equipa multidisciplinar onde estão representadas todas as especialidades (oncologia, cirurgia, radioterapia, enfermagem, psicologia, radiologia, medicina nuclear e anatomopatologia) tendo sido bem recebido e aceite.

A possibilidade de estar, semanalmente, presente nesta reunião e contribuir para a discussão dos casos apresentados permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre o cancro da mama e adquirir competências na gestão dos “cuidados, optimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa



multiprofissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.4).

Passei às atividades seguinte, a realização da consulta de enfermagem às oito mulheres que iniciaram quimioterapia e o preenchimento de notas de campo, nas quais registei a idade da mulher, se esteve acompanhada durante a consulta, as principais preocupações expressas e o tempo dispendido na consulta.

Preparei as consultas criando um ambiente tranquilo, li o diário clínico e notas de admissão realizadas na “Consulta de Apoio de Enfermagem” e ao receber a doente e seu acompanhante cumprimentei-os, apresentei-me como elemento da equipa multidisciplinar e dei-lhes a conhecer os objetivos da consulta: conversar sobre as suas principais preocupações e os tratamentos de quimioterapia. Em cada entrevista procurei conhecer a pessoa que estava a entrevistar, utilizando perguntas abertas para que esta pudesse exprimir as suas preocupações e emoções. A utilização de questões como “qual é a sua maior dificuldade neste momento?” permitiu que, em alguns casos, a pessoa partilhasse as suas preocupações. Estas preocupações foram tão diversas como o número de pessoas que entrevistei: “agora quero é saber com o que posso contar”, “e se não fico curada?”, “nunca mais vou conseguir viver sem medo da doença voltar”, “o que mais me custa é ficar sem cabelo”. A avaliação das preocupações e necessidades da pessoa representou assim o ponto de partida através do qual planeei e implementei as intervenções de enfermagem.

Uma aprendizagem que considero ter sido valiosa foi ter aprendido a “perguntar, antes de falar” (Baile, 2012). Quando a doente está preocupada com um aspecto que nos é desconhecido se começamos por abordar outro tema que faz parte da nossa agenda a comunicação é ineficaz. Logo na primeira consulta que realizei compreendi que era inútil prestar esclarecimentos sobre quimioterapia pois a doente estava emocionalmente muito fragilizada e preocupada com as consequências que a sua doença teria na vida e bem-estar do seu filho. Utilizei o período da consulta para conversar sobre essa preocupação, compreender o que aquela doente estava a sentir, validar as suas emoções, disponibilizei-me para a ajudar e garanti que ela não estava sozinha. Esta foi a única pessoa de todas as entrevistadas que esteve sem um familiar/pessoa significativa na consulta e explorei a existência de uma rede social de apoio e a importância dela partilhar e pedir ajuda às pessoas que lhe são próximas. Furneci-lhe o contacto telefónico para onde me poderia contactar e propus-lhe uma segunda consulta a ser realizada antes do início dos tratamentos para discussão do seu plano terapêutico. A partir desse dia senti que me tornei na sua enfermeira de

referência e que sempre que a doente se deslocava ao centro clínico ou tinha alguma dúvida me procurava, pedia a minha ajuda e ao longo do tempo estabeleceu-se uma relação terapêutica. Esta vivência foi particularmente importante para mim por ter sentido que a minha presença foi importante para aquela pessoa e que efectivamente a apoiei.

Por estar consciente, tanto do meu valor como das minhas limitações, aceitei que não temos soluções mágicas, não podemos resolver todos os problemas das doentes, mas podemos estabelecer uma relação terapêutica, ajudando-as a encontrar estratégias de autocuidado, que lhes permita adaptarem-se as dificuldades e gerir melhor as emoções. Podemos escutá-las ativamente, validar as suas emoções, expressar empatia, estar disponíveis para ajudar em tudo o que seja exequível e em retribuição ficamos gratificados em vez de nos sentirmos impotentes e frustrados, como aconteceu por várias vezes ao longo do meu percurso profissional, por não termos o poder de fazer o problema desaparecer.

Considero ter desenvolvido competências a nível do autoconhecimento e assertividade e de desenvolvimento de uma prática profissional e ética, utilizando estratégias de resolução de problemas em parceria com a doente em que “o juízo baseado no conhecimento e experiência está reflectido na tomada de decisão” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.4)

As consultas demoraram entre 35 e 65 minutos, com uma média de 42,5 minutos. Seis mulheres mostraram-se optimistas e esperançadas de ficarem curadas enquanto as outras duas mulheres se mostraram muito apreensivas e assustadas em relação ao futuro, tendo sido abordada a possibilidade de usufruírem de apoio psicológico, se assim o desejassem. Esta abordagem permitiu-me atingir a competência de “reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.8).

Nenhuma mulher entrevistada necessitou de ser encaminhada para outro profissional especializado, no entanto, foram informadas dos recursos a que poderiam aceder (Ordem Enfermeiros, 2009). Foram disponibilizadas cópias da “Carta de Direitos e Deveres dos Doentes” e dos “Direitos Gerais dos Doentes Oncológicos” para que tivessem acesso a essa informação. Todas as mulheres desejaram ser esclarecidas sobre a quimioterapia e os efeitos secundários esperados e no caso da doente em que o ensino não foi feito na primeira consulta este foi realizado numa consulta extra. Prestei esclarecimentos de acordo com a Tabela dos esquemas de quimioterapia mais

utilizados e efeitos secundários esperados (Apêndice III do Manual). Esta revelou-se um bom instrumento de trabalho ao permitir-me organizar mentalmente a informação a transmitir e não me esquecer de aspectos importante ou não seja essa uma das vantagens destes manuais (Rosa, Mercês, Marcelino & Radunz, 2007). Penso que será também útil na integração de novos elementos na equipa de enfermagem, permitindo que a informação transmitida por qualquer dos elementos seja correcta e concordante.

Não fiz referência à possibilidade de ocorrência de alterações sexuais às três mulheres mais velhas por me ter sentido desconfortável em abordar o tema e reconheço a necessidade de encontrar estratégias que me permitam ultrapassar esta dificuldade.

Cinco das mulheres entrevistadas expressaram que a sua maior preocupação se relacionava com o medo do tratamento, particularmente a ocorrência de náuseas e vômitos e/ou alopecia. As outras preocupações referidas foram o medo de não ficar curada (2) e dificuldade em informarem familiares da sua situação de saúde (1).

A consulta de enfermagem tem disponíveis doze panfletos informativos, elaborados por um centro de apoio a mulheres com cancro da mama sediado no Porto cujo presidente e dois elementos do conselho científico integram a equipa da unidade de mama. Estes abordam (1) o tratamento médico e efeitos secundários mais comuns, (2) náuseas e vômitos, (3) alteração do paladar, (4) diarreia e obstipação, (5) perda de peso, (6) menopausa, (7) linfedema, (8) cancro da mama familiar, (9) radioterapia, (10) medicinas complementares, (11) risco de cancro da mama e (12) ensaios clínicos. No final de cada consulta foram fornecidos os panfletos seleccionados de acordo com os efeitos secundários esperados, assim como contactos de grupos de ajuda, lojas especializadas para compra de prótese capilar ou mamária, lenços e turbantes de acordo com as necessidades identificadas. Ao despedir-me das doentes disponibilizei-me para voltarmos a conversar se surgissem dúvidas ou necessitassem de apoio, forneci o contacto telefónico, agendei a consulta subsequente e fiz registos detalhados no processo clínico, respeitando o defendido pela Ordem dos Enfermeiros (2009).

No sentido de cumprir o objetivo de avaliar a satisfação da mulher com cancro da mama com o atendimento na consulta de enfermagem construí e apliquei um questionário de satisfação com a consulta de enfermagem (Apêndice IV).

Este, através da formulação de 8 perguntas, procurou conhecer a opinião da mulher sobre a privacidade, a disponibilidade demonstrada pelo enfermeiro, o esclarecimento prestado sobre, os tratamentos de quimioterapia, os efeitos

secundários e os cuidados no dia-a-dia; o incentivo a expressar preocupações; a adequação das intervenções do enfermeiro e o tempo despendido na consulta. O grau de satisfação foi avaliado numa escala de Lickert (5 graus) que varia de “Muito Insatisfeito” a “Muito Satisfeito”. No final de cada consulta solicitei a colaboração da mulher entrevistada para participar no seu preenchimento. Esclareci sobre o objectivo do mesmo, a possibilidade de recusar a sua participação e garanti o direito ao anonimato, dando indicações para o depositar numa caixa de madeira com ranhura no balcão administrativo. Os resultados obtidos deixaram-me surpreendida e superaram as minhas expectativas pois todas as mulheres avaliaram todos os itens em “Muito satisfeito”.

Ao fazer uma avaliação retrospectiva do meu desempenho ao longo deste estágio considero que atingi os objectivos a que me propus, enquanto Enfermeira Especialista no cuidado às mulheres com cancro da mama em tratamento de quimioterapia, desenvolvendo aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2010) e sendo “conhecedora do estado físico e psicossocial das pessoas afectadas com cancro da mama (...) para avaliar, referenciar e intervir adequadamente; fornecer educação e informação às pessoas afectadas com cancro da mama e às pessoas significativas; agir como parte integral da equipa multidisciplinar e assumir um papel chave na coordenação de cuidados” (EONS, 2009, p.10)

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto centrou-se na implementação de uma consulta de enfermagem para atendimento da mulher com cancro da mama em tratamento de quimioterapia funcionando como pretexto para aquisição de competências como enfermeira especialista. A sua importância advém, não só do número de mulheres atingidas por esta doença em Portugal, mas porque as recomendações europeias indicam que devem ser atendidas numa unidade da mama onde têm à sua disposição uma equipa multidisciplinar da qual deve fazer parte uma enfermeira especialista em cancro da mama (*Breast Care Nurse*).

O projeto percorreu várias fases, desde a conceção inicial que me encontrou numa fase de transição entre serviços, pelo que decidi que os objetivos e atividades planeadas poderiam fazer sentido para qualquer um dos contextos profissionais, o que obrigou a encontrar um problema comum, até à fase de implementação cumprida em dois estágios e três serviços, ao se ter constatado que um dos campos de estágio não atendia mulheres com cancro da mama em tratamento de quimioterapia.

A atividade com maior continuidade foi ser observadora participante das consultas de enfermagem a doentes oncológicos em tratamento de quimioterapia, tendo transformado umas notas de campo que forneciam informação de modo errático, por uma Check-List de Observação da Consulta que me permitiu sistematizar e dar objetividade à observação feita. Assim, na primeira fase do projeto pude concluir que as consultas duram em média 22 e 29 minutos, respectivamente, no hospital de dia e na clínica de mama. De destacar que, embora as enfermeiras destes serviços fizessem questões exploratórias para identificar o que o doente sabia sobre a sua doença e o tratamento proposto, não colocaram questões exploratórias para identificar as preocupações e necessidades do doente, não cumprindo assim a recomendação europeia de centrar as intervenções na doente. Tanto no hospital de dia como na clínica de mama, as principais preocupações dos doentes foram, “o medo do tratamento” (60%) e “o medo de não ficar curado” (30%). Várias foram as intervenções de enfermagem que procuraram a adaptação do doente, como o fornecimento de informação (plano terapêutico, efeitos secundários da quimioterapia); o aconselhamento sobre as estratégias de autocuidado que podem ser utilizadas para responder às exigências terapêuticas do tratamento com quimioterapia; e o apoio emocional. Em todas as consultas foi utilizado o Sistema de Apoio-Educação proposto

por Orem. De destacar que, se foi sempre fornecida informação sobre a possibilidade de ocorrência de alopecia e de náuseas e de vômitos, o mesmo não aconteceu com a fadiga apesar da evidência científica apresentá-la como comum à maioria dos doentes oncológicos a realizarem quimioterapia. Nenhum doente foi informado da possibilidade de usufruir de apoio por parte do dietista, ou de grupos de apoio e apenas um doente, no hospital de dia, foi referenciado para o assistente social e dessa forma informado sobre a protecção legal a que tem direito.

No Centro Clínico onde se desenvolveu a segunda e última fase do projeto realizaram-se várias reuniões de trabalho com a equipa de enfermagem para se encontrar uma filosofia comum de cuidados de enfermagem, debater objetivos da consulta de enfermagem e construir-se um Manual de Orientação do Enfermeiro na Consulta de Enfermagem à Mulher com Cancro da Mama em Tratamento de Quimioterapia que se estruturou pelas etapas do protocolo de SPIKES e orientou no seu conteúdo por D. Orem e M. Phaneuf, mas também pela bibliografia científica consultada. Seguiu-se uma reunião de trabalho com a coordenadora da unidade da mama para calendarizar consultas e referência da mesma e decidir sobre as condições logísticas da sua realização. O projeto de consulta de enfermagem foi depois apresentado e debatido em reunião multidisciplinar, onde foi aceite.

Fizeram-se oito primeiras consultas de enfermagem, que demoraram em média 42,5 minutos, a mulheres com cancro em tratamento de quimioterapia. A colocação de questões exploratórias, sobre as preocupações e necessidades da mulher, permitiram identificar o medo do tratamento (62,5%), particularmente a ocorrência de náuseas e vômitos e/ou alopecia e o medo de não ficar curada (25%). Esta estratégia permitiu direccionar as intervenções de enfermagem, o fornecimento de informação e apoio emocional, às preocupações da mulher na fase da doença em que se encontra em tratamento com quimioterapia. Foi sempre fornecida informação escrita sobre o tratamento. Mesmo quando não foi reconhecida a necessidade de referência destas mulheres para serviços de apoio especializados foi dado conhecimento sobre a sua existência e forma de acesso. Os registos detalhados permitiram a continuidade dos cuidados e a partilha de informação com a equipa multidisciplinar. O Manual de orientação do enfermeiro permite que a consulta seja realizada, sistematicamente e sistematizada, por todos os enfermeiros da unidade de mama. A avaliação feita por estas mulheres à consulta demonstra um elevado grau de satisfação com os cuidados prestados 5 (muito bom) nos oito itens do questionário de satisfação.

Ponderando a finalidade deste projeto e tendo em consideração que a mudança na prática de cuidados é extremamente complexa considero que o tempo previsto para a concretização do mesmo, dezoito semanas, foi muito reduzido. A primeira fase do projeto ocupou 11 semanas pois, enquanto trabalhador-estudante, não me foi possível cumprir mais de 24 horas de estágio semanais. As restantes sete semanas revelaram-se um período de tempo demasiado reduzido para poder avaliar o seu contributo no bem-estar e autocuidado das mulheres entrevistadas na consulta de enfermagem. Ao longo deste projeto a minha motivação foi poder contribuir para, o bem-estar, o autocuidado e satisfação das mulheres com cancro da mama com os cuidados de enfermagem prestados.

Tendo por base este condicionante, a minha principal preocupação foi a de organizar a consulta de enfermagem e definir uma filosofia de cuidados adequada a estas mulheres. Considerei que para avaliar o trabalho desenvolvido apenas poderia utilizar como indicador o grau de satisfação, tal como aconselha a Ordem dos Enfermeiros nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. De forma a possibilitar, no futuro, a realização de estudos com evidência científica pretendo dar continuidade a este projecto profissional aplicando o Termómetro do *Distress* em parceria com a psicóloga da unidade de mama e passar a avaliar a toxicidade da quimioterapia através da sua quantificação por graus, de acordo com Common Terminology Criteria for Adverse Events (National Institute of Health & National Cancer Institute, 2009), o que me permitirá tirar outras ilações do trabalho desenvolvido e orientar a minha prática futura.

Outro aspecto que considero ter sido uma limitação deste projecto foi não ter aprofundado conhecimentos sobre as necessidades espirituais destas mulheres, que devem ser equacionadas ao longo de todo o processo de doença, e não apenas em períodos de doença avançada e fim de vida, como refere a bibliografia consultada. Por se tratar de um tema vastíssimo e extremamente complexo considero que por si só merece a realização de um projeto complementar.

Apesar de ter adquirido competências de comunicação, encontro-me ainda numa fase proficiente, certa no entanto, de que centrando a minha prática clínica nas necessidades de saúde das pessoas estou a caminhar na direcção correcta, indo ao encontro das pessoas que cuido e da minha satisfação profissional.

O desenvolvimento deste projecto trouxe-me outras mais-valias, das quais destaco a receptividade com que foi recebido pela equipa multidisciplinar do centro



clínico, a aquisição de competências que contribuíram para o aumento do meu autoconhecimento e ao aperfeiçoamento da minha prática clínica. A pesquisa bibliográfica intensa, procura de evidência científica nos cuidados prestados e a reflexão sobre a prática foram ferramentas que aprendi a utilizar e se tornaram imprescindíveis no meu dia a dia.

Tendo por base os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2002), onde a satisfação do cliente, a promoção do bem-estar e do autocuidado são formas de atingir elevados padrões de qualidade com os cuidados prestados, ao considerar como elementos importantes na satisfação do cliente o respeito pelos seus valores individuais, a procura constante da empatia na relação com o cliente, o estabelecimento de parceria com o cliente no planeamento do processo de cuidados e o envolvimento de pessoas significativas, considero que este projecto foi desenvolvido em consonância com estes, contribuindo, ainda, para o objectivo do PNPCDO 2007/2010 de melhorar a satisfação dos doentes oncológicos com os cuidados de saúde prestados e com os objectivos curriculares do Mestrado e Especialização da ESEL nesta área de intervenção.

Apesar deste projeto ser dirigido ao cuidado de mulheres em tratamento ambulatorio com quimioterapia considero que a filosofia que o norteia e a atenção às necessidades dos doentes, pode e deve, ser aplicada em qualquer serviço de ambulatorio ou internamento, ao longo de todo o trajeto de qualquer doença, adaptando as partes específicas com nova pesquisa científica.

Este projecto, que não teria sido possível sem a colaboração da equipa multidisciplinar, e mais do que meramente académico constitui o meu projecto profissional e retiro dele contributos para que o poder alargar e dar continuidade.

Termino este relatório convicta que contribui para a qualidade dos cuidados prestados à mulher com cancro da mama em tratamento de quimioterapia e que assumi um papel de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Especialização da Mulher com Cancro da Mama.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aebi, S., Davidson, T., Gruber, G., Cardoso, F. (2011). Primary breast câncer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of oncology* 22 (6):vi12-vi24.

American Cancer Society. Acedido em 14.08.2011. Disponível em <http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/index?ssSourceSiteId=null>.

American Psychological Association (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: Author.

Amorim, C. (2007). *Doença Oncológica da Mama: Vivências das mulheres mastectomizadas*. Dissertação de Doutorado. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Aranda, S., Schofield, P., Weih, L., Yates, P., Milne, D., Faulkner, R., & Voudouris, N. (2005). Mapping the quality of life and unmet needs of urban women with metastatic breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 14(3), 211-222.

Baile, W. (2012). *Difficult communications in cancer care*. Workshop. Fundação Champalimaud. 25 Setembro 2012.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito, excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bravo, S.; Vergara, P.; Gabalán, D. (2009). Vivências y prácticas de autocuidado de las mujeres com câncer de mama. *Revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de Santander*. (3) 137-148.

Buckman, R. (2005) Breaking Bad News: The S.P.I.K.E.S strategy. *Community Oncology*. 2(2): 138-142.

Bulechek, G.; Butcher, H. & Dochterman, J. (2007). *Nursing Interventions Classification*. (5th Ed). St Louis: Mosby Elsevier.

Canadian Partnership Against Cancer e Canadian Association of Psychosocial Oncology (2009). *A Pan-Canadian Clinical Practice Guideline: Assessment of Psychosocial Health Care Needs of the Adult Cancer Patient*. Author.

Chantler, Pobjdilewicz-Schuller & Mortimer (2005). Change in need for psychosocial support for women with early stage breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23, 65-77.

Change Foundation (2008). *Who is the Puzzle maker? Patient/Caregiver Perspectives on Navigating Health Services in Ontario* (report). Toronto: Author. Acedido em 28.11.2011. Disponível em:

[http://www.changefoundation.ca/docs/ChgFdn\\_Puzzle\\_Web.pdf](http://www.changefoundation.ca/docs/ChgFdn_Puzzle_Web.pdf)

Coelho, M. (2009). *Influência do acto de cuidar na qualidade de vida do cuidador familiar do doente oncológico*. Tese de Mestrado. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas (2009). *Requisitos para a prestação de cuidados em oncologia*. Acedido em 31.12.2011. Disponível em [http://www.acs.min-saude.pt/files/2010/02/requisitos\\_prestacao\\_cuidados.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/files/2010/02/requisitos_prestacao_cuidados.pdf)

Crozeta, K.; Truppel, T.; Meier, M.; Danski, M. (2009). Condicionantes e Determinantes para a implementação da Consulta de Enfermagem. *Cogitare Enfermagem*. 14(1), 120-126.

Davis, C.; Williams, P.; Parle, M.; Redman, S. & Turner, J. (2004). Assessing the support needs of women with early breast cancer in Australia. *Cancer Nursing*, 27(2), 169-174.

Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro. *Diário da República I Série - A*. Aprova o Regulamento do Exercício profissional dos Enfermeiros. 2959-2962

Direcção Geral de Saúde (2001). Glossário de conceitos para produção de estatísticas em saúde. Acedido em 02.10.2011. Disponível em:

[http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detalhe.aspx?cnc\\_cod=3562&cnc\\_ini=25-09-2002](http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detalhe.aspx?cnc_cod=3562&cnc_ini=25-09-2002)

Direcção Geral de Saúde (2003). *A dor como 5º sinal vital*. Registo sistemático da intensidade da dor (Circular Normativa). Acedido a 15/12/2011. Disponível em: [http://www.esscvp.eu/cbio/legisl/Dor\\_5\\_sinal\\_vital-Circ.\\_Normativa-DGS.pdf](http://www.esscvp.eu/cbio/legisl/Dor_5_sinal_vital-Circ._Normativa-DGS.pdf).

Direcção Geral de Saúde (2007). *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 – Orientações programáticas*. Lisboa: Autor.

Direcção Geral de Saúde (2008). *Carta Direitos e Deveres dos Doentes*. Acedido a 15 de Novembro de 2011. Disponível em:

<http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>

Direcção Geral de Saúde (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011/2016*. Lisboa: Autor.

Erci, B. & Karabulut, N. (2007). Appraising the self-assessed support needs of Turkish women with breast cancer. *European Journal Of Cancer Care*, 16(2), 137-143.

Europa DONNA. Acedido em 12 de Dezembro de 2011, Disponível em <http://www.europadonna.org>

European Oncology Nursing Society (2005). *Post Basic Curriculum in Cancer Nursing* (3th ed.). Bruxelas: Author.

European Oncology Nursing Society (2009). *EONS Post-Basic Curriculum for Breast Cancer Nursing*. Bruxelas: Author.

EUSOMA (European Society of Mastology). Acedido em 12.12.2012. Disponível em: <http://www.eusoma.org/>

Globocan. Cancer Fact Sheet. Acedido a 02.12.2011. Disponível em:

<http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/all.asp>

Goendendorp, M.; Andrykowski, M.; Donovan, K.; Jim, H.; Phillips, K.; Small, B.; Laronga, C.; Jacobsen, P. (2011). Prolonged impact of chemotherapy on fatigue in breast cancer survivors: A longitudinal comparison with radiotherapy-treated breast cancer survivors and noncancer controls. *Cancer*, 42-61.

Gopal, R.; Beaver, K.; Barnett, T.; & Ismail, N. (2005). A comparison of the information needs of women newly diagnosed with breast cancer in Malaysia and the United Kingdom. *Cancer Nursing*, 28(2), 132-140.

Griesser, A.; Vlastos, G.; Morel, L.; Beaume, C.; Sappino, A. & Haller, G. (2011). Socio-demographic predictors of high support needs in newly diagnosed breast cancer patients. *European Journal of Cancer Care* (20), 466–474.

Howell, D., Currie, S., Mayo, S., Jones, G., Boyle, M., Hack, T., Green, E., Hoffman, L., Simpson, J., Collacutt, V., McLeod, D. & Digout, C.; (Ed.) (2009). *A pan-canadian clinical practice guideline: Assessement of psychosocial health care needs of the adult cancer patient*. Toronto: Canadian partnership against cancer & Canadian association of psychosocial oncology.

Institute Of Medicine (IOM). (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press

Institute of Medicine (IOM). (2008). *Cancer care for the Whole patient: Meeting psychosocial health needs*. Nancy E. Adler & Ann E. K. Page (eds). Washington, DC: The National Academies Press.

Institute of Medicine (IOM). (2011). *Patient-centered cancer treatment planning: improving the quality of oncology care: workshop summary*. Washington, DC: The National Academies Press.

Lei nº 111/09, de 16 de Setembro. *Diário da República*. Aprova o estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Keller, J. (2006). Implementation of a prechemotherapy educational intervention for women newly diagnosed with breast cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(1), 57-60.

Landmark, O.; Bohler, A.; Loberg, K.; Wahl, A. (2008). Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses*. 192-200.

Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lusodidacta.

Li, P., So, W., Fong, D., Lui, L., Lo, J., Lau, S. (2010). The information needs of breast cancer patients in Hong Kong and their levels of satisfaction with the provision of information. *Cancer Nursing*. 34 (1). 49-57.

Liga Portuguesa Contra o Cancro (2011) *Direitos Gerais dos Doentes*. Acedido a 15 de Novembro de 2011 em:

[http://www.ligacontracancro.pt/fotos/gca/lpcc\\_az\\_direitos\\_doente\\_oncologico\\_1319815520.pdf](http://www.ligacontracancro.pt/fotos/gca/lpcc_az_direitos_doente_oncologico_1319815520.pdf)

Lopes, C. (2011) *Cuidados centrados no doente em oncologia*. Tese de Mestrado: Universidade do Porto.

Martins, L. (2004). Aspectos éticos em oncologia: Cuidados em oncologia -Uma reflexão. *Enfermagem Oncológica*, 181-191. Coimbra: Formasau.

Maslow AH (1968). *Toward a Psychology of Being*. D. Van Nostrand Company: New

York, Cincinnati.

Mesquita Melo, E.; Magalhães, R., De Almeida, A., Carvalho, A.; Mota, C. (2007). Comportamentos da família diante do diagnóstico de câncer de mama. *Enfermeria Global*, 10, 1-10.

National Breast Cancer Centre (2000). *Psychosocial clinical practice guidelines: information, support and counseling for women with breast cancer*. Australia: Commonwealth.

National Breast Cancer Centre & National Cancer Control Initiative (2003). *Clinical Practice Guidelines for the Psychosocial care of Adults with Cancer*. National Breast Cancer Centre.: Australia, Camperdown.

National Breast Cancer Centre (2003). An evidence-based specialist breast nurse role in practice: a multicentre implementation study. *Journal of Cancer Care*, 12, 91-97.

National Cancer Action Team (2011) *Holistic Needs Assessment for people with cancer: A practical Guide for Healthcare Professionals*. London: National cancer Programme

National Comprehensive Cancer Network (1999) *Practice Guidelines for the Management of Psychosocial Distress*. Author. Oncology (Williston Park) 13 (5A): 113-147.

National Institutes of Health & National Cancer Institute (2009) *Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 4.0*. Author.

Nunes, A. (2008). *Ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama submetida a mastectomia e a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante*. Tese de mestrado. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel de Salazar.

Oncology Nursing Society (2005). *Chemotherapy and Biotherapy Guidelines and Recommendations for Practice*. Author.

Oncology Nursing Society (2009). *Putting Evidence into Practice: Improving Oncology Patient Outcomes*. Author.

Orem, D. (1980). *Nursing: Concepts of Practice*. New York: McGraw-Hill Book Company.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2008). Dia Internacional da família – Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos. Acedido a 18 de Dezembro de 2011 em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid\\_DiaInternacionaldafamilia2008.aspx](http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid_DiaInternacionaldafamilia2008.aspx)

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados da doença crónica: "Delivering quality, serving communities: nurses nurses leading chronic care"*. Lisboa. Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Divulgar. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Paliativa*. Lisboa: Autor.

Oxlad, M., Wade, T., Hallsworth, L., & Koczwara, B. (2007). 'I'm living with a chronic illness, not . . . dying with cancer': a qualitative study of Australian women's self-identified concerns and needs following primary treatment for breast cancer. *European Journal Of Cancer Care*, 17(2), 157-166.

Pereira, C. (2008). *O impacto da doença oncológica nos filhos: a negação como resposta ao cancro materno*. Tese de Mestrado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Pereira, M. & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e sua família*. 2ªed. Climepsi Editores.

Perry, N. ; Broeders, M. ; Wolf, C. ; Tornberg, S. ; Holland, R. ; Von Karsa, L. ; Puthaar, E. (2006). *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis*. 4thed. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.

Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, Entrevista e Relação de Ajuda*. Lusociência.

Power, S., Hegarty, J. (2010). Facilitated peer support in breast cancer: a pre and post program evaluation of women's expectations and experiences of a facilitated peer support program. *Cancer Nursing*, 33(2). 9-16.

ROR-Sul (Registo Oncológico Região Sul) (2013). Acedido a 25 Janeiro de 2013, Disponível em: [www.ror-sul.org.pt/](http://www.ror-sul.org.pt/)



Rodrigues, M. (2007). *Qualidade de vida e satisfação com os cuidados recebidos das doentes com carcinoma da mama em tratamento com quimioterapia por via endovenosa*. Tese de Mestrado. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel de Salazar.

Rosa, L.; Mercês, N.; Marcelino, S.; Radunz, V. (2007). A Consulta de enfermagem no cuidado à pessoa com câncer: contextualizando uma realidade. *Cogitare Enfermagem*, 12(4): 487-493.

Santos, Célia (2006). *Doença oncológica representações, coping e qualidade de vida*. Formasau – Formação em saúde, Lda. Coimbra.

Sociedade Portuguesa de Senologia (2008). *VI Reunião de Consenso Nacional do Cancro da Mama*. Acedido em Dezembro de 2012 em <http://www.spsenologia.pt/wp-content/uploads/2008/07/vi-reuniao-de-consenso-nacional-do-cancro-da-mama.pdf>.

Sonmezer, M.; Oktay K. (2006). Fertility Preservation in Young Women Undergoing Breast Cancer Therapy. *The Oncologist*, 11 (5), 422-434.

Stephens, P., Osowski, M., Fidale, M., & Spagnoli, C. (2008). Identifying the educational needs and concerns of newly diagnosed patients with breast cancer after surgery. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(2), 253-258.

Texto Editores (2008). *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Lisboa: Autor.

Tsuchiya, M., & Horn, S. (2009). An exploration of unmet information needs among breast cancer patients in Japan: a qualitative study. *European Journal Of Cancer Care*, 18(2), 149-155.

Thewes, B.; Butow, P.; Girgis, A.; Pendlebury, S. (2004). The psychosocial needs of BC survivors a quality study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. *Psycho-Oncology*, 13, 177–189.

Tupholme, T. (2008) *Qualidade de vida e estratégias de coping dos pacientes oncológicos*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

## **APÊNDICES**

# **APÊNDICE I**

Classificação TNM para o Cancro da Mama

<b>Tx</b>	O tumor primário não pode ser avaliado
<b>T0</b>	Não há evidência de tumor primário
<b>Tis</b>	Carcinoma in situ: Tis (CDIS) Carcinoma ductal <i>in situ</i> Tis (CLIS) Carcinoma lobular <i>in situ</i>
<b>T1</b>	Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão. T1mic Microinvasão de 0,1 cm ou menos em sua maior dimensão
<b>T1a</b>	Com mais de 0,1 cm, até 0,5 cm em sua maior dimensão
<b>T1b</b>	Com mais de 0,5 cm, até 1 cm em sua maior dimensão
<b>T1c</b>	Com mais de 1 cm, porém não mais de 2 cm em sua maior dimensão
<b>T2</b>	Tumor com mais de 2 cm, porém não mais de 5 cm em sua maior dimensão
<b>T3</b>	Tumor com mais de 5 cm em sua maior dimensão
<b>T4</b>	Tumor de qualquer tamanho com extensão direta à parede torácica ou à pele, somente como descritos em T4a a T4d Nota: A parede torácica inclui costelas, músculos intercostais, músculo serrátil anterior, mas não inclui o músculo peitoral.
<b>T4a</b>	Extensão à parede torácica
<b>T4b</b>	Edema (inclusive "pele de laranja"), ou ulceração da pele da mama, ou nódulos cutâneos satélites confinados à mesma mama
<b>T4c</b>	Ambos (T4a e T4b)
<b>T4d</b>	Carcinoma inflamatório

<b>NX</b>	Os gânglios regionais não podem ser avaliados (p. ex., por terem sido previamente removidos)
<b>N0</b>	Ausência de metástase em gânglios regionais
<b>N1</b>	Metástase em gânglio(s) axilar(es), homolateral(ais), móvel(eis)
<b>N2</b>	Metástase em gânglio(s) axilar(es) homolateral(is) fixo(s) ou metástase clinicamente aparente* em gânglio(s) mamário(s) interno(s) homolateral(is), na ausência de evidência clínica de metástase em gânglio(s) axilar(es)
<b>N2a</b>	Metástase em gânglio(s) axilar(es) fixos uns aos outros ou a outras estruturas
<b>N2b</b>	Metástase clinicamente aparente* em gânglio(s) mamário(s) interno(s), na ausência de evidência clínica de metástase em gânglio(s) axilares
<b>N3</b>	Metástase supraclavicular(es) homolateral(is) com ou sem envolvimento de gânglio(s) axilar(es) ou mamário(s) interno(s). Nota: *cl clinicamente aparente = detectado por exame clínico ou por estudos de imagem (excluindo linfocintigrafia)
<b>N3a</b>	Metástase em gânglio(s) infraclavicular(es)
<b>N3b</b>	Metástase em gânglio(s) mamário(s) interno(s) e axilares
<b>N3c</b>	Metástase em gânglio(s) supraclavicular(es)

<b>MX</b>	A presença de metástase à distância não pode ser avaliada
<b>M0</b>	Ausência de metástase à distância
<b>M1</b>	Metástase à distância

<b>Estadio 0</b>	Tis N0 M0
<b>Estadio I</b>	T1 N0 M0
<b>Estadio IIA</b>	T0 N1 M0 T1 N1 M0 T2 N0 M0
<b>Estadio IIB</b>	T2 N1 M0 T3 N0 M0
<b>Estadio IIIA</b>	T0 N2 M0 T1 N2 M0 T2 N2 M0 T3 N1 M0 T3 N2 M0
<b>Estadio IIIB</b>	T4 N0 M0 T4 N1 M0 T4 N2 M0
<b>Estadio IIIC</b>	Qualquer T N3 M0
<b>Estadio IV</b>	Qualquer T N M1

Adaptado de “2012 ESMO Pocket Guidelines: Breast Cancer”.

## **APÊNDICE II**

Check-List de Observação da Consulta de Enfermagem

## CHECKLIST DE OBSERVAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

### 1. Indicadores da Consulta

A. Local	CM	HD	
B. Duração (Início/Fim)	/		
C. Tipo	1ª Vez		Follow-up
E. Motivo da consulta:			
E1 Ensino para QT			
E2 Doente com queixas			
E3 Esclarec. Dúvidas			
E4 Outro			

**E4.1** Qual?

### 2. indicadores da pessoa consultada

A. Dados sociodemograficos			
B. Pessoa de referencia			
C. Antec. pessoais			
D. Historia da doença actual			
E. Tratamentos realizados			

**A.1** Idade

**B.2** Doente acompanhado?

**B.2.1** Por quem?

anos	
S/N	

### 3. Condução da entrevista

A. Utilização de perguntas abertas?	
A1. Exploração do que o doente sabe sobre a doença e tratamento	
A2. Exploração das preocupações e necessidades do doente	

#### Exemplo de questões exploratórias:

A1. O que é que sabe em relação à sua doença?	A2. Quais são as suas preocupações actuais
O que é que sabe em relação aos tratamentos que vai realizar?	Que questões precisa de ver respondidas?

### 4. Identificação de necessidades de apoio no autocuidado

A. Fisico		
B. Psicossocial		
C. Espiritual		
E. Preocupações expressas pelo doente		

**D. Quais? / Intervenção Enfermagem**

### 5. Informação fornecida pelo enfermeiro

#### 5.1 Sobre quimioterapia

A. O que é a quimioterapia	
B. Objectivo do tratamento	
C. Tempo de administração	
D. Modo de administração	
E. Frequencia de administração	
F. pre-requisitos para a sua realização	

#### G. Efeitos secundários

g1. Nausea/Vomito	
g2. Mucosite	
g3. Diarreia/obstipação	
g4. Xerostomia	
g5. Alteração do paladar	
g6. Alteração apetite	
g7. Fadiga	
g8. Alopecia	
g9. Risco de infeção	
g10. Alterações hematológicas	
g11. Alterações sexuais	
g12. Parastesias	

#### 5.2 Alterações ao Autocuidado

#### 5.3 Circuitos dentro da instituição

#### 5.4 Informação escrita


### 6. Sistema de enfermagem utilizado (Orem)

Totalmente compensatório	
Parcialmente compensatorio	
Apoio – Educação	

### 7. Referenciação do doente para outros profissionais

Assistente social		
Dietista		
Psicologo		
Grupo de ajuda		



## **APÊNDICE III**

Manual de Orientação do Enfermeiro na Consulta de  
Enfermagem à Mulher em Tratamento de Quimioterapia

Manual de Orientação do Enfermeiro na Consulta de  
Enfermagem à Mulher com Cancro da Mama em  
Tratamento de Quimioterapia

Susana Pedro

Lisboa, Dezembro de 2011

## INDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
<b>1. O ATENDIMENTO DA MULHER COM CANCRO NUMA UNIDADE DE MAMA.....</b>	<b>4</b>
<b>2. A CONSULTA DE ENFERMAGEM .....</b>	<b>5</b>
2.1 A CONSULTA DE APOIO DE ENFERMAGEM.....	5
2.2 A CONSULTA DE ENFERMAGEM À MULHER EM TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA .....	7
2.3 ETAPAS DA ENTREVISTA DE ENFERMAGEM .....	8
2.3.1 Preparação da entrevista e acolhimento da mulher e família .....	8
2.3.2 Colheita de dados.....	9
2.3.3 Implementação do Plano de Cuidados.....	10
<b>REFÊRENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>13</b>
APÊNDICE I – Tabela dos Esquemas de Quimioterapia mais Utilizados e dos Efeitos Secundários Esperados.	
APÊNDICE II – Esclarecimentos, a prestar à mulher e família, sobre quimioterapia.	
APÊNDICE III – Consideração sobre os fármacos utilizados.	

## INTRODUÇÃO

Este manual foi criado para que todos os enfermeiros, na unidade de mama, realizem a consulta de enfermagem seguindo a mesma filosofia e tem como objetivos:

- Sistematizar a consulta de enfermagem à mulher com cancro da mama em tratamento de quimioterapia.
- Descrever os procedimentos da consulta.

A unidade de mama do centro clínico atende mulheres com suspeita ou diagnóstico de cancro da mama em qualquer estadio e ao longo de todo o processo de doença.

Para serem consultadas na unidade de mama a mulher deve marcar consulta através do telefone ou presencialmente, ao abrigo de acordos com seguradoras (Multicare, Advance Care), subsistemas do serviço nacional de saúde (IASFA, ADSE) ou como particular; podendo escolher a especialidade (cirurgia, oncologia ou radioterapia) ou o médico por quem deseja ser consultada.

Sempre que uma utente recorre pela 1ª vez à unidade de mama é agendada uma “Consulta de Apoio de Enfermagem”, 30 minutos antes da consulta médica. Nesta é colhida informação que fica registada informaticamente. O médico tem acesso à informação registada antes de iniciar a sua consulta.

Todas as utentes em período pré-operatório, pós-operatório ou em progressão de doença são discutidas em Reunião Multidisciplinar, que se realiza às quartas-feiras. Nesta estão presentes: o oncologista, o cirurgião, o anatomopatologista, o médico de radioterapia, o imagiologista, o médico de medicina nuclear, o enfermeiro e o psicólogo. Nessa reunião é decidido o plano de tratamentos a propor à utente. Todos os participantes podem levar casos que desejem ver discutidos.

Quando a utente tem indicação para quimioterapia é marcada consulta de oncologia. Nessa consulta é informada pelo seu médico assistente que tem indicação para efetuar tratamentos de quimioterapia, se concordar dá o seu consentimento e é encaminhada para a consulta de enfermagem.

## **1. O ATENDIMENTO DA MULHER COM CANCRO DA MAMA NUMA UNIDADE DE MAMA**

As recomendações europeias indicam que as mulheres com cancro da mama devem ter acesso a cuidados prestados em unidades de mama especializadas (Europa DONNA, 2011; EONS, 2009) onde devem ser atendidas por uma equipa multidisciplinar e receber aconselhamento e apoio de uma enfermeira especialista em cancro da mama que deve “ser conhecedora da condição física e psicossocial das pessoas com cancro da mama, em relação ao diagnóstico, tratamento, follow-up e através da trajetória de doença, para avaliar, encaminhar e intervir adequadamente; fornecer educação e informação às pessoas afetadas por cancro da mama e seus familiares; agir como parte integrante da equipa multidisciplinar assumindo um papel chave na coordenação dos cuidados” (EONS, 2009, p.10).

Atualmente, também, se preconiza que o atendimento nas unidades de saúde seja centrado nos pacientes. Este modelo prevê que ao centrar os cuidados nas necessidades e problemas de saúde dos pacientes se dê resposta eficaz às suas necessidades de saúde em todos os seus domínios: físico, psicológico, social, espiritual. Os cuidados centrados nos doentes são baseados numa comunicação eficaz.

## 2. A CONSULTA DE ENFERMAGEM

Segundo a Direcção Geral de Saúde (2001) a consulta de enfermagem é uma “intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de planos de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado”.

### 2.1 A “CONSULTA DE APOIO DE ENFERMAGEM”

Esta consulta tem como objetivos:

- Acolher a mulher com cancro da mama na unidade de mama,
- Avaliar as suas necessidades e défices de autocuidado relacionados com a sua situação de saúde,
- Implementar intervenções de enfermagem dirigidas às necessidades e défices identificados.

Consulta de apoio de enfermagem	
Colheita de dados	<p><u>Dados Sociodemográficos</u>: idade, estado civil, agregado familiar, idades dos filhos (no caso de os ter), existência de pessoas dependentes a seu cargo, profissão e situação profissional, quem é que a utente identifica como elemento de referência e o seu contacto.</p> <p><u>Antecedentes pessoais</u>: co-morbilidades, alergias, cirurgias realizadas.</p> <p><u>Antecedentes familiares</u>: identificar parentes paternos e maternos diagnosticados com cancro, idade na altura do diagnóstico e evolução da doença.</p> <p><u>História ginecológica</u>: menarca, número de gestações, número de partos, idade na 1ª gravidez de termo, amamentação materna, uso de anticoncepcionais orais e terapêutica hormonal de substituição, menopausa.</p>

	<p><u>História da doença atual:</u> se tem ou não diagnóstico oncológico, há quanto tempo, exames realizados e seus resultados, cirurgia e/ou outros tratamentos realizados, queixas atuais.</p> <p><u>Medicação habitual.</u></p> <p><u>Défices de autocuidado.</u></p> <p><u>Avaliação de sinais vitais e dados antropométricos.</u></p>
Plano de cuidados	<p>Esclarecimento de dúvidas.</p> <p>Fornecimento de apoio e da informação desejada pela utente/família.</p>
Registo	<p>Toda a informação colhida deve ser registada no processo de enfermagem, sem esquecer:</p> <p>O estado emocional da mulher e família,</p> <p>As necessidades e dificuldades expressas,</p> <p>Os défices de autocuidado identificados,</p> <p>O plano de cuidados.</p>



## 2.2 A CONSULTA DE ENFERMAGEM À MULHER COM CANCRO DA MAMA EM TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA

O objetivo desta consulta é promover o autocuidado e bem-estar da mulher com cancro da mama em tratamento de quimioterapia. Com os objetivos específicos:

- Estabelecer uma relação de ajuda com a utente/família com vista ao seu ajustamento físico e psicossocial à doença.
- Promover a expressão de dificuldades e emoções da mulher e sua família.
- Educar e apoiar a mulher e família durante os tratamentos de quimioterapia.
- Implementar intervenções de enfermagem, em parceria com a mulher e família, tendo em conta as necessidades identificadas.
- Educar a mulher e família durante os tratamentos de quimioterapia.
- Apoiar a mulher e família durante os tratamentos de quimioterapia.

A **população alvo** da consulta de enfermagem é constituída por todas as mulheres com cancro da mama com indicação para quimioterapia neo-adjuvante, adjuvante ou paliativa.

**O agendamento das consultas:** a primeira consulta tem previsto um período de tempo de 45 minutos e deve ser agendada após a consulta de oncologia onde é apresentado e discutido o plano de tratamentos.

As **consultas subsequentes** têm atribuído um período de 30 minutos e são agendadas de acordo com o esquema terapêutico prescrito:

- 6 Ciclos de quimioterapia: no dia anterior ao 3 e 5º tratamento de quimioterapia.
- 8 Ciclos de quimioterapia: no dia anterior ao 3 e 5º e 7º tratamento de quimioterapia
- Esquemas paliativos, de 3/3 ciclos: ao 3º, 6º, 9º ciclo...
- Trastuzumab em monoterapia: de 9/9 semanas durante 1 ano de tratamento.

A periodicidade da consulta de enfermagem poderá ser alterada mediante avaliação da sua necessidade pelo enfermeiro responsável.

## 2.3 ETAPAS DA ENTREVISTA DE ENFERMAGEM

Uma entrevista clínica tem como objetivos obter informação, transmitir informação, proporcionar apoio e estabelecer uma parceria com o doente no desenvolvimento de um plano de cuidados (Buckman, 2005).

As etapas definidas resultaram da articulação da teoria do défice de autocuidado (Orem, 1980), com o Protocolo de Buckman (2005) e a obra “Comunicação, Entrevista e Relação de Ajuda” (Phaneuf, 2002).

### 2.3.1 Preparação da entrevista e acolhimento da mulher e família

<b><u>S</u>PIKES Setting up the interview</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Assegurar que a consulta se irá realizar num gabinete em que esteja garantida a privacidade da utente, deve ser utilizado o gabinete 08.41 ou 08.45.</li><li>• Garantir que a consulta não será interrompida, por outros profissionais ou pelo telefone. Deve dar-se indicação aos auxiliares operativos (AO) e às gestoras de doente (GD) que não devem transferir chamadas para o gabinete de consulta enquanto as mesmas decorrem. Devem anotar o nome e contacto da pessoa que telefonou para que o enfermeiro devolva a chamada quando estiver disponível.</li><li>• Ler a informação registada na “consulta de apoio de enfermagem” e no diário clínico. Este procedimento permite obter informação e preparar a consulta, evitando que se coloquem questões a que a utente já tenha respondido.</li><li>• Pedir ao AO que acompanhe a utente ao gabinete de enfermagem.</li><li>• Apresentação pessoal, ou no caso de já conhecer a utente relembrar-lhe o nome.</li><li>• Validar com a utente se quer estar acompanhada por familiar(es)/ elemento(s) significativo(s) durante a consulta.</li><li>• Explicar a finalidade da consulta de enfermagem</li></ul>
---	---

### 2.3.2 Colheita de dados

<b>SPIKES</b> <b>Perception.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar a perceção emocional e cognitiva da doente sobre a sua situação clínica, privilegiando a utilização de perguntas abertas:  “O que sabe sobre a sua doença e tratamento?”  “Tem dúvidas que precise de ver esclarecidas?”</li> </ul>
-------------------------------------	--

<b>SPIKES</b> <b>Invitation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Convidar a utente e família a expressarem as suas dificuldades, emoções e a informação que desejam.</li> <li>Manifestar empatia e atitude de escuta activa através da exploração e da validação de emoções:  “Quais são as suas maiores preocupações em relação a esta doença?”  “Que informação lhe posso fornecer ou como é que a posso ajudar?”  “De que forma esta doença influenciou a sua vida diária?”  “Desde que esta doença surgiu cuida de si de forma diferente do que fazia antes?”  “Qual é a sua maior preocupação?”  “Com que aspetos tem tido mais dificuldade em lidar?”  “O que pretende ver resolvido em primeiro lugar?”</li> <li>Corrigir informação incorreta</li> <li>Avaliar a presença de défices de autocuidado de acordo com os requisitos universais: <ol style="list-style-type: none"> <li>Manutenção de ingestão suficiente de ar</li> <li>Manutenção de ingestão suficiente de água</li> <li>Manutenção de ingestão suficiente de alimento</li> <li>Provisão de cuidados associados ao processo de eliminação e excreção</li> <li>Manutenção de equilíbrio entre solidão e interação social</li> <li>Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano em grupos sociais, conforme o potencial humano, limitações humanas conhecidas e o desejo de ser normal.</li> <li>Prevenção de riscos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar humano</li> </ol> </li> </ul>
------------------------------------	---

<p><b>SPIKES</b> <b>Invitation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar sintomas:</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Dor:</b> intensidade (escala numérica) e caracterização - tipo de dor (neuropática, visceral, somática), fatores agravamento e de alívio, medicação instituída e resposta.</li> <li>2. Despiste de <b>linfedema</b> nas mulheres que foram submetidas a cirurgia/radioterapia na região axilar.</li> <li>3. Avaliar a presença/ausência de <b>fadiga</b>.</li> <li>4. Abordar as <b>alterações a nível sexual</b>, fertilidade, contraceção, menopausa.</li> </ol> <p><u>Nas consultas subsequentes deve ser avaliada a toxicidade dos tratamentos de quimioterapia de acordo com “Common toxicity Criteria for Adverse Events”.</u></p>
--	---

### 2.3.3 Implementação do plano de cuidados

As duas próximas etapas do protocolo de SPIKES (Knowledge e Emotions) apesar de se encontrarem divididas para facilitar a compreensão estão em muitas situações interligadas.

<p><b>SPIKES</b> <b>Knowledge</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecer a informação desejada.</li> <li>• Abordar os temas que constituem uma preocupação para a utente/família, aconselhar e procurar em parceria a resposta adequada.</li> <li>• Relembrar o plano terapêutico de quimioterapia, promovendo o diálogo e apoiando emocionalmente a mulher e família.</li> <li>• Educar a doente em relação aos tratamentos de quimioterapia, adaptando o ensino às suas capacidades cognitivas, fornecendo a informação desejada e informando sobre os riscos potenciais.</li> </ul>
---	---

<p><b>SPIKES</b> <b>Knowledge</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequar a informação ao estrato social, educacional e faixa etária da utente.</li> <li>• Fornecer informação sobre: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. O que é a quimioterapia</li> <li>2. Qual o seu objetivo</li> <li>3. A duração da sessão</li> <li>4. A periodicidade</li> <li>5. O local onde serão realizados os tratamentos,</li> <li>6. Quais os efeitos secundários esperados, utilizando a “Tabela dos Esquemas de Quimioterapia mais utilizados na Unidade de Mama e dos Efeitos Secundários Esperados” (Apêndice I), fornecendo informação sobre todos os itens, de acordo com o esquema terapêutico prescrito.</li> </ol> </li> </ul> <p>Procurar em parceria com a utente/família estratégias que possam dar resposta/minimizar os problemas identificados</p>
---	---

<p><b>SPIKES</b> <b>Emotions</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responder de forma empática às emoções das utentes e familiares.</li> <li>• Utilizar a escuta ativa e empatia na compreensão das dificuldades e emoções das doentes e seus familiares.</li> <li>• Comunicar com honestidade, não desvalorizando o sofrimento da mulher e seus familiares</li> <li>• Expressar apoio.</li> <li>• Demonstrar disponibilidade.</li> </ul>
--	---

<p style="text-align: center;"><b>SPIKES</b> <b>Strategy and</b> <b>Summary</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sintetizar os dados e aspetos mais relevantes e definir estratégias de atuação.</li> <li>• Fornecer os folhetos MamaHelp de acordo com a toxicidade esperada e os interesses da doente.</li> <li>• Fornecer impresso informativo sobre a “Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes” e os “Direitos Gerais dos Doentes Oncológicos”.</li> <li>• Referenciar para serviços de apoio, de acordo com as necessidades identificadas.</li> <li>• Disponibilizar o número de telemóvel de serviço para ser utilizado em caso de dúvidas ou em situação de urgência.</li> <li>• Acompanhar a utente/família ao hospital de dia e apresentar a equipa, se estes o desejarem.</li> <li>• Agendar a consulta seguinte.</li> <li>• Realizar registos detalhados nas notas de enfermagem.</li> <li>• <u>Propor para discussão em reunião multidisciplinar situações complexas.</u></li> </ul>
---	---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Buckman, R. (1995) Breaking Bad News: The S.P.I.K.E.S strategy. *Community Oncology*. 2(2): 138-142.

Buckman, R. (1992). *How to break bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Canadian Partnership Against Cancer e Canadian Association of Psychosocial Oncology (2009). *A Pan-Canadian Clinical Practice Guideline: Assessment of Psychosocial Health Care Needs of the Adult Cancer Patient*. Author.

-Direcção Geral de Saúde (2003). *A dor como 5º sinal vital*. Registo sistemático da intensidade da dor (Circular Normativa).

Direcção Geral de Saúde (2007). *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 – Orientações programáticas*. Lisboa: Autor.

Direcção Geral de Saúde (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011/2016*. Lisboa: Autor.

European Oncology Nursing Society (2005). *Post Basic Curriculum in Cancer Nursing* (3th ed.). Bruxelas: Author.

European Oncology Nursing Society (2009). *EONS post-basic curriculum for breast cancer nursing*. Bruxelas: Author.

Howell, D., Currie, S., Mayo, S., Jones, G., Boyle, M., Hack, T., Green, E., Hoffman, L., Simpson, J., Collacutt, V., McLeod, D. & Digout, C. (2009). *A pan-canadian clinical practice guideline: Assessement of psychosocial health care needs of the adult cancer patient*. Toronto: Canadian partnership against cancer & Canadian association of psychosocial oncology.

Institute Of Medicine (IOM). (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press

Institute of Medicine (IOM). (2008). *Cancer care for the Whole patient: Meeting psychosocial health needs*. Nancy E. Adler & Ann E. K. Page, eds. Washington, DC: The National Academies Press.

Institute of Medicine (IOM). (2011). *Patient-centered cancer treatment planning: improving the quality of oncology care: workshop summary*. Washington, DC: The National Academies Press

National Breast Cancer Centre (2000). *Psychosocial clinical practice guidelines: information, support and counseling for women with breast cancer*. Australia: Commonwealth.

National Breast Cancer Centre & National Cancer Control Initiative (2003). Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. National Breast Cancer Centre.: Australia,Camperdown.

National Cancer Action Team (2011). Holistic Needs Assessment for people with cancer. London: National cancer Programme.

Oncology Nursing Society (2005). Chemotherapy and Biotherapy Guidelines and Recommendations for Practice. Author.

Oncology Nursing Society (2009). *Putting Evidence into Practice: Improving Oncology Patient Outcomes*. Author.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento da Individualização das especialidades clínicas de enfermagem. Lisboa: Autor.

Orem, D. (1980). *Nursing : concepts of practice*. New York : McGraw-Hill Book Company.

Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista e relação de ajuda*. Lusociência.



**Sites úteis disponíveis para consulta:**

American Cancer Society

<http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/index?ssSourceSiteId=null>

Associação de Enfermagem Oncologica Portuguesa (AEOP)

<http://www.aeop.net/>.

Change Foundation

[https://www.changefoundation.ca/docs/chgfdn\\_puzzle\\_web.pdf](https://www.changefoundation.ca/docs/chgfdn_puzzle_web.pdf)

Direcção Geral de Saúde (2008). *Carta Direitos e Deveres dos Doentes*.

<http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>

Europa DONNA

<http://www.europadonna.org>

European oncology nursing society (EONS)

<http://www.cancernurse.eu/>

European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA)

<http://www.eusoma.org/>

Globocan (2008) *Cancer Fact Sheet*.:

<http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/all.asp>

Institute of Medicine (IOM)

<http://www.iom.edu/>

Liga Portuguesa Contra o Cancro (2011) *Direitos Gerais dos Doentes*.

[http://www.ligacontracancro.pt/fotos/gca/lpcc\\_az\\_direitos\\_doente\\_oncologico\\_1319815520.pdf](http://www.ligacontracancro.pt/fotos/gca/lpcc_az_direitos_doente_oncologico_1319815520.pdf).

US Department of Health and Human Services (2009). *Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE)* Version 4.0.

[http://www.acrin.org/Portals/0/Administration/Regulatory/CTCAE\\_4.02\\_2009-09-15\\_QuickReference\\_5x7.pdf](http://www.acrin.org/Portals/0/Administration/Regulatory/CTCAE_4.02_2009-09-15_QuickReference_5x7.pdf)

Oncology Nursing Society (ONS)

<http://www.ons.org/>

Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncologica

<http://www.speo.pt/>

Sociedade Portuguesa de Senologia

<http://www.spsenologia.pt/wp-content/uploads/2008/07/vi-reuniao-de-consenso-nacional-do-cancro-da-mama.pdf>.

ROR-Sul [www.ror-sul.org.pt/](http://www.ror-sul.org.pt/)

# **APÊNDICE I**

Tabela dos Esquemas de Quimioterapia mais utilizados e  
dos Efeitos Secundários Esperados

	<b>AC</b>	<b>Taxol</b>	<b>Pacli.Sem.</b>	<b>Docet.</b>	<b>CG</b>	<b>Cisp. 5Fu</b>	<b>Vinor.</b>	<b>Cap.</b>
Tempo (min)	90	340	120	90	120	90	30	Domic.
Periodicidade (dias)	21/21 ou 14/14	21/21 ou 14/14	21/21	21/21 ou 14/14	21/21	21/21	21/21	21/21
Dias de adm.	1	1	1,8	1	1, 8	1,8	1,8	1 a 14
Alopecia	G2	G2	G2/G1	G2	G1	G1	G1	G1
Potencial emético	Alto >90%	Baixo 10 a 30%	Baixo 10 a 30%	Baixo 10 a 30%	Mod. 30 a 90%	Alto >90%	Min <10%	Mod. 30 a 90%

**Legenda:**

**AC:** Adriamicina + Ciclofosfamida, **Taxol:** Paclitaxel, **Doc:** Docetaxel, **CG:** Carboplatina+Gencitabina,  
**Cisp + 5Fu:** Cisplatina+5 Fluoracilo, **Vin:** Vinorelbina, **Cap:** Capecitabina

**Notas:**

- Os ciclos realizados com intervalos de 14/14 dias são considerados ciclos “dose dense” e exigem a administração de fatores de crescimento (Pegfilgastrim) 24 horas após a sua administração.
- Os tratamentos em mulheres com tumores HER2+ podem ser acompanhados da administração de Trastuzumab.
- Nas mulheres com metastização óssea pode ser administrado concomitantemente o ácido zoledronico, com a periodicidade de 21/21 dias ou 28/28 dias.

**Efeitos secundários Esperados:**

Mucosite	Alteração do apetite	Parastesias (taxanos)	Anemia
Diarreia	Xerostomia	Fadiga	Leucopenia Neutropenia
Obstipação	Alteração do paladar	Alterações a nível sexual	Trombocitopenia
<p style="text-align: center;"><b>Neutropénia Febril</b></p> <p>Temperatura axilar superior a 38.5°C durante mais de 1 hora ou 2 leituras superiores a 38°C no período de 2 horas associado a uma contagem de neutrófilos inferior a <math>0.5 \times 10^9 / L</math>.</p> <p style="text-align: center;">European Society for Medical Oncology (ESMO), 2012</p>			

A possibilidade de ocorrência destes efeitos secundários deve ser abordada durante a educação para quimioterapia, referindo que nem todos os indivíduos têm os mesmos efeitos secundários, nem na mesma intensidade.

## **APENDICE II**

Esclarecimentos, a prestar à mulher e família,  
sobre Quimioterapia

Deve ser especificado a cada pessoa, de acordo com o seu plano terapêutico, se a quimioterapia que irá fazer tem intuito neo-adjuvante, adjuvante ou de controlo sintomático, a via de administração, o tempo de administração e periodicidade do ciclo e os efeitos secundários esperados.

A quimioterapia é um dos tratamentos utilizados na doença oncológica e consiste na administração de um ou mais citostáticos, com o objectivo de destruir células neoplásicas. Esta pode ter intuito curativo ou de controlo sintomático. É realizada como tratamento **neo-adjuvante** quando tem o objectivo de reduzir o volume tumoral de forma a permitir uma cirurgia mais segura. A quimioterapia é **adjuvante** do tratamento quando é realizada após a remoção cirúrgica do tumor e tem como objectivo diminuir a probabilidade de recidiva. No caso de utentes com doença metastática a quimioterapia é considerada **paliativa**, tem como objectivo o controlo da doença diminuindo sintomas e retardando a progressão da doença. Pode ser utilizada isolada ou sequencialmente a outros tratamentos.

A **via de administração** mais usual é a endovenosa, apesar de existirem alguns citotóxicos em comprimidos. Pode ser utilizado acesso venoso periférico ou central, através da utilização de cateteres venosos centrais de acesso subcutâneo (IMPLANTOFIX<sup>R</sup>). No tratamento do cancro de mama é administrada por via endovenosa em ciclos 21 em 21 dias, ou de 14 em 14 dias quando se trata de ciclo “dose dense”. Cada tratamento pode ter a duração de 1 a 5 horas. A doente deve ser informada do tempo de perfusão do ciclo prescrito (ver Apêndice I).

A administração é feita em Hospital de Dia, em regime de ambulatório. Durante a administração do tratamento a doente permanecerá numa box individualizada ou num quarto. Sempre que o desejar poderá estar acompanhada. Cada box possui uma televisão, no entanto, para outras formas de se ocupar durante o tratamento a utente pode trazer revistas, livros, música ou computador. O tratamento não é doloroso, à exceção da punção venosa e a utente deve informar imediatamente o enfermeiro se ocorrer qualquer sintoma. As doentes não devem estar em jejum durante o tratamento e podem tomar uma refeição no decorrer deste.

Os citostáticos atuam a nível da capacidade de multiplicação celular, assim não atuam especificamente sobre as células malignas, atuando também sobre as saudáveis. As células de divisão rápida, como as da mucosa oral e gastrointestinal, células do sangue e folículos pilosos e gónadas são frequentemente afetadas, surgindo os **efeitos secundários**. Estes são temporários e podem nem surgir. Dependem dos medicamentos utilizados, da dose em que são utilizados e variam de indivíduo para indivíduo. No tratamento do cancro da mama os efeitos secundários que as mulheres mais temem são a alopecia, as náuseas e os vómitos.

A maioria dos citotóxicos utilizados no tratamento do cancro da mama provocam **alopecia**. Esta manifesta-se pela queda do cabelo e pelos corporais e inicia-se geralmente na 2ª / 3ª semana após o primeiro tratamento. A utente deve ser aconselhada a usar o cabelo curto, de forma a facilitar a adaptação à alteração da autoimagem. Algumas mulheres optam por rapar o cabelo, antes da queda se tornar intensa, pois vivenciar a queda do cabelo pode ser extremamente traumática. Antes de ocorrer a alopecia a utente deve ser estimulada a experimentar próteses capilares, lenços, turbantes, chapéus ou bonés, de forma a encontrar a opção com que melhor se identifica. A alopecia é temporária e reversível após o término da quimioterapia.

As **náuseas e vómitos** são potencialmente um importante efeito secundário do tratamento. Antes da administração endovenosa de quimioterapia são administrados medicamentos com ação antiemética, com o intuito de prevenir ou minimizar o seu aparecimento. Na consulta médica de preparação para a quimioterapia são receitados medicamentos antieméticos que complementam os administrados antes da quimioterapia. Após a administração de quimioterapia algumas utentes não ficam nauseadas enquanto outras ficam extremamente nauseadas e vomitam. As pacientes devem ser informadas sobre conselhos alimentares que podem ajudar a controlar estes dois sintomas, tais como, a dieta polifracionada, leve e pouco condimentada.

Se após a sessão de quimioterapia a doente não conseguir controlar as náuseas ou vómitos com a medicação que lhe foi prescrita deve entrar em contacto, presencial ou por telefone, com o hospital de dia ou a unidade de mama, de modo a serem tomadas as medidas consideradas adequadas.



A utente deve ser informada do risco de infeção após tratamento de quimioterapia. Cerca de 7 a 12 dias após administração de quimioterapia, as células hematológicas (leucócitos, neutrófilos e plaquetas) atingem potencialmente os seus níveis mais baixos. O aparecimento de hipertermia é um sinal de alerta para eventual foco infeccioso. A utente deve ter conhecimento que se tiver **febre** se deve dirigir ao CC ou a um serviço de urgência, para ser observada, fazer análises e eventualmente ser medicada ou internada, devido ao risco de **neutropenia febril**.

Algumas mulheres, por desconhecimento ou por não se sentirem confortáveis com o tema, não questionam as **alterações sexuais** decorrentes da quimioterapia. Contudo devem ser informadas da possibilidade de ocorrência e nas mulheres pré-menopausicas deve abordar-se a **contraceção** e questões de **fertilidade**.

O enfermeiro deve estar familiarizado com os folhetos informativos MamaHelp<sup>R</sup> e complementar a informação por estes disponibilizada.

## **APÊNDICE III**

Considerações sobre os fármacos utilizados

## ÁCIDO ZOLEDRONICO

Possibilidade de ocorrência de nefrotoxicidade, deve aconselhar-se o aumento da ingestão hídrica. As utentes devem resolver problemas dentários antes de iniciarem o tratamento como forma de prevenção da osteonecrose da mandíbula.

## ADRIAMICINA E EPIRRUBICINA

Extremamente vesicante. Pode provocar rubor facial durante a administração, confere cor vermelha à urina, a pele recentemente irradiada pode ficar vermelha ou escurecida, aumenta a sensibilidade à luz solar, toxicidade cardíaca. Em associação com a ciclofosfamida pode provocar olhos doridos e arenosos, corrimento nasal e escurecimento das unhas.

## CARBOPLATINA

Toxicidade renal e hepática, zumbidos ou diminuição da audição, sintomas gripais.

## CAPECITABINA

Tomada 2 vezes por dia (após o pequeno-almoço e o jantar), durante 14 dias, seguindo-se um período de pausa de 7 dias, possibilidade de provocar síndrome palmo-plantar, aumenta o efeito dos anticoagulantes.

## CICLOFOSFAMIDA

Durante a administração pode provocar sensação de calor, ligeira tontura, prurido no nariz e gosto metálico na boca. Provoca irritação da bexiga.

## CISPLATINA

Risco importante de toxicidade renal e ototoxicidade, sintomas respiratórios inexplicados como tosse irritativa, odinofagia e parastésias.

## DOCETAXEL

Edema dos membros inferiores, síndrome palmo-plantar, *rash* cutâneo, alteração das unhas, dores musculares e articulares, dor no local de administração, cardiotoxicidade, aumento da frequência cardíaca e pressão arterial. Reacção alérgica durante a perfusão: rubor facial, *rash* cutâneo, prurido, dor lombar, desmaio, dificuldade respiratória, febre ou calafrios.

## GENCITABINA

Síndrome tipo gripal, edema das extremidades e raramente da face, toxicidade hepática e renal

## PACLITAXEL

Dores musculares e articulares, *rash* cutâneo, unhas escurecidas e quebradiças, toxicidade cardíaca, aumento da pressão arterial, toxicidade hepática, reacção alérgica: rubor facial, *rash* cutâneo, prurido, dores nas costas, desmaio, dificuldade respiratória, febre ou calafrios.

## TRASTUZUMAB

Administrado de 3/3 semanas, 1ª administração 90 min, 2ª administração 60 min, seguintes 30 min. Possibilidade de ocorrência de síndrome tipo gripal, náusea, diarreia e toxicidade cardíaca. Após o 1º tratamento pode ocorrer: dor de cabeça, tonturas, dores articulares, dificuldade respiratória, *rash* cutâneo e vômito, habitualmente não volta a acontecer nos tratamentos seguintes.

## VINOELBINA

Extremamente vesicante, se extravasar provoca queimadura dos tecidos, reacção alérgica durante a perfusão: edema, dificuldade respiratória, pieira. O potencial emético quando administrada em comprimidos é de 30 a 60%.

## **APÊNDICE IV**

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO COM A CONSULTA DE  
ENFERMAGEM

## QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO COM A CONSULTA DE ENFERMAGEM

Os Enfermeiros que a consultam na Unidade de mama pretendem conhecer qual é a opinião dos clientes sobre a satisfação que têm com o serviço prestado na consulta de enfermagem. Pedimos-lhe, para isso, que responda a este pequeno questionário anónimo, o que desde já agradecemos.

Para cada uma das perguntas assinale com um X o quadrado que melhor coincide com a sua opinião.

- A privacidade proporcionada pelo enfermeiro durante a consulta deixou-me,

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Não sabe, Não responde	Satisfeito	Muito satisfeito

- A disponibilidade demonstrada pelo enfermeiro durante a consulta deixou-me,

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Não sabe, Não responde	Satisfeito	Muito satisfeito

- O esclarecimento dado pelo enfermeiro às dúvidas que tinha sobre o tratamento de quimioterapia deixou-me,

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Não sabe, Não responde	Satisfeito	Muito satisfeito

- O esclarecimento dado pelo enfermeiro em relação aos efeitos secundários da quimioterapia deixou-me,

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Não sabe, Não responde	Satisfeito	Muito satisfeito

- O esclarecimento prestado pelo enfermeiro sobre os cuidados que devo ter no dia-a-dia durante a fase de tratamento de quimioterapia deixou-me,

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Não sabe, Não responde	Satisfeito	Muito satisfeito

- O espaço dado pelo enfermeiro para falar das minhas preocupações deixou-me,

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Não sabe, Não responde	Satisfeito	Muito satisfeito

- A resposta dada pelo enfermeiro às minhas preocupações deixou-me,

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Não sabe, Não responde	Satisfeito	Muito satisfeito

- O tempo despendido na consulta deixou-me,

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Não sabe, Não responde	Satisfeito	Muito satisfeito

Obrigado